

UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO CUARTO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

TRABAJO FINAL DE LICENCIATURA (6130)

# **Comunicación y participación en la salud pública. Una aproximación desde una campaña en un hospital regional**

**Bruno Suárez**

DNI: 33.371.444

Director: **Dr. Edgardo Carniglia**

Co-Director: **Dra. Silvina Galimberti**

**Río Cuarto, Córdoba, 2023**

# Agradecimientos

## **A mi familia:**

A la memoria de mi abuela “Dominga”

Al “Pa” por ser sostén, palabra y escucha incondicional

A la “Ma” por enseñarme a creer en los libros y en las palabras

A mi “tribu” de hermanos, por el ejemplo, la calidez y la humildad

A mi “gente del campo”, por su cercanía afectuosa permanente

## **Gracias, muchas gracias:**

A la Universidad Nacional de Río Cuarto

Al Departamento de Ciencias de la Comunicación

Al Consejo Interuniversitario Nacional

A los amigos, por todo

A los compañeros, colegas y hermanos de profesión por lo realizado y por los

senderos que transitaremos

A todos los que anidaron desde un principio este camino y aquellos que se

fueron arrimando en su devenir

# Índice

<b>RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>1. MEMORIA Y REGISTRO DE UNA INVESTIGACIÓN EN COMUNICACIÓN PARA LA SALUD.....</b>	<b>9</b>
1.1. Propósitos de la investigación .....	9
1.2. Perspectivas teóricas generales.....	10
1.3. Antecedentes específicos .....	13
1.4. Estrategia metodológica .....	14
<b>2. LA SALUD COMO PROBLEMA SOCIAL DESDE EL ENFOQUE PARTICIPATIVO DE LA COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO .....</b>	<b>17</b>
2.1. La salud como problemática compleja en un contexto global de mercantilización .....	17
2.2. El paradigma dominante y sus críticas.....	19
2.3. Perspectivas y dimensiones del enfoque participativo en la comunicación sanitaria.....	20
2.4. La salud como problema de comunicación material, simbólica y relacional.....	22
2.5. Comunicación social y desarrollo .....	25
<b>3. UNA CONCEPCIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LAS CAMPAÑAS Y SU COMUNICACIÓN .....</b>	<b>27</b>
3.1. La campaña de salud en su dimensión institucional.....	27
3.2. La campaña de salud en su dimensión técnica.....	29
3.3. La campaña de salud en su dimensión operativa-logística.....	31
3.4. Aproximaciones a la condición institucional de las campañas de salud pública .....	34
3.5. Rasgos de una campaña de salud pública de salud materno-infantil.....	36
<b>4. LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD EN SU DIMENSIÓN ESTRATÉGICA .....</b>	<b>39</b>
4.1. Comunicación y desarrollo .....	40
4.2. Comunicación y planificación en las campañas .....	42
4.3. La comunicación y la dimensión de la estrategia .....	44
4.4. Descripción de la campaña: modos, medios y géneros .....	46
4.5. Campañas de comunicación: análisis situacional de los rasgos en un dispositivo local .....	51
<b>5. COMUNICACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL.....</b>	<b>53</b>
5.1. El concepto de representaciones social.....	54

5.2. La teoría del núcleo central de las representaciones .....	55
5.3. Representaciones sociales y comunicación .....	56
<b>6. LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD CON ENFOQUE PARTICIPATIVO: DESENCANTOS Y ARTICULACIONES ENTRE TRABAJADORES DE UN HOSPITAL REGIONAL ....</b>	<b>58</b>
6.1. La participación de la salud como problema público .....	59
6.2. El enfoque de las campañas en la resolución del problema.....	63
6.3. Los obstáculos y facilitadores de la participación de los trabajadores.....	65
6.4. Rol del Estado en sus distintos niveles .....	70
6.5. La comunicación como una solución emergente en la problemática .....	72
<b>7. LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD CON ENFOQUE PARTICIPATIVO: DESENCANTOS Y ARTICULACIONES ENTRE USUARIOS DE UN HOSPITAL REGIONAL .....</b>	<b>78</b>
7.1. El componente de los servicios del hospital materno-infantil.....	79
7.2. La participación en la salud como problema público .....	80
7.3. El enfoque de las campañas en la resolución del problema.....	84
7.4. Los obstáculos y facilitadores de la participación de los usuarios.....	87
7.5. La comunicación como una solución emergente en la problemática .....	91
<b>8. CONSIDERACIONES FINALES .....</b>	<b>97</b>
8.1. Conclusiones.....	98
8.2. Sugerencias.....	100
<b>BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN.....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>109</b>

# Resumen

**E**l campo de comunicación y salud constituye en América Latina y Argentina un espacio diverso de teoría y práctica que opera sobre las dimensiones relacionales, simbólicas y materiales de la comunicación social para fortalecer y transformar las condiciones específicas a nivel de sujetos, organizaciones y sistema multisectorial de salud. Sin embargo, los antecedentes conocidos casi no exploran las posibilidades del paradigma participativo en la investigación y la intervención de la comunicación para la salud. Esta investigación se basa en un relevamiento previo del autor y procura caracterizar la comunicación entre los actores de una campaña local de salud materno-infantil reconociendo condiciones inhibitoras y facilitadoras de las modalidades participativas. El trabajo de campo se realizó en un hospital público de un área serrana de la provincia de Córdoba (Argentina) mediante el método cualitativo, que comprende los significados de la salud para los distintos sujetos. La investigación proyectada asume relevancia para el conocimiento y la acción sobre las prácticas comunicativas de usuarios y trabajadores de la salud pública en un complejo, dinámico e incierto contexto socio-sanitario.

# Summary

**T**he field of communication and health constitutes in Latin America and Argentina a diverse space of theory and practice that operates on the relational, symbolic and material dimensions of social communication to strengthen and transform specific conditions at the level of subjects, organizations and multisectoral health systems health. However, the known antecedents hardly explore the possibilities of the participatory paradigm in health communication research and intervention. This research is based on a previous survey by the author and seeks to characterize the communication between the actors of a local maternal and child health campaign, recognizing inhibiting and facilitating conditions of participatory modalities. The field work was carried out in a public hospital in a mountain area of the province of Córdoba (Argentina) using the qualitative method, which includes the meanings of health for the different subjects. The projected research assumes relevance for knowledge and action on the communicative practices of users and public health workers in a complex, dynamic and uncertain socio-health context.

# Introducción

Dado que todo trabajo de investigación inicia con un interrogante o un dilema, los que fundaron el presente proyecto tienen que ver con caracterizar la comunicación entre los actores de una campaña local de salud materno-infantil reconociendo condiciones inhibitoras y facilitadoras de las modalidades participativas. Para ello, en este trabajo se realiza una aproximación desde una campaña local diseñada e implementada por un hospital público regional ubicado en la ciudad de Villa Dolores (Córdoba-Argentina). Este estudio se realiza en un escenario de auge de políticas liberales en los gobiernos de la región que conlleva la descentralización del Estado que se desentiende de la salud pública.

Importa aclarar que éste trabajo de investigación buscó dar continuidad a un trabajo anterior titulado “Aproximaciones Comunicacionales a las Campañas de Salud” realizado y oportunamente aprobado en la cátedra Práctica Profesional en Comunicación Institucional y Desarrollo (6154), llevado a cabo, entre los años 2018 y 2019. A lo largo de la Práctica Profesional se desarrollaron actividades vinculadas a los ejes principales del área de lactancia materno-infantil: atención primaria de la salud, educación y capacitación. Las observaciones y análisis realizados permitieron advertir que, en términos generales, se evidencia una distancia significativa entre la participación anhelada y la concreción de prácticas consecuentes. En general, se desconoce a los pacientes en tanto sujetos con saberes, experiencias y habilidades susceptibles de tomarse y potenciarse. Esto sucede porque no se facilitan condiciones para la participación plena de los consultantes ni de involucramiento en las etapas de toma de decisiones, implementación y evaluación, quedando relegados al papel de receptores como meros depositarios de propuestas cerradas, sin que se fomenten procesos de diálogo, aprendizajes mutuos y apropiaciones activas.

La salud es una problemática que afecta a todos los ciudadanos y que actualmente tiene una fuerte presencia en la agenda pública por las críticas condiciones que evidenció la pandemia. Hoy ya no se duda de que la prevención y el diagnóstico precoz sean factores claves a la hora de edificar vidas saludables. Es allí, donde la comunicación juega un papel trascendental, con vistas a que los individuos adopten hábitos y comportamientos de mayor cuidado y con la intención de ser pensada en clave de derecho como ejercicio de ciudadanía.

Asimismo, no sobran los ejemplos de políticas con la salud como el horizonte del desarrollo y su proyección creciente en los diferentes niveles del Estado. Según las cifras oficiales consultadas en un diario digital (La voz del Interior<sup>1</sup>), publicado en la capital de la provincia de Córdoba, Argentina, el gobierno destinó a la salud pública, durante el 2019, una proporción del 7,8 por ciento del total de recursos del Estado provincial, la más baja registrada en la última década, que significa 19.836,4 millones de pesos para un extenso territorio con más de tres millones de habitantes.

Durante el año 2020, como consecuencia de un suceso inédito como la pandemia del Covid 19, se registró una pausa en el ajuste sostenido en el presupuesto sanitario de dicha provincia. Esto se debió a la reasignación de recursos, como fue el fondo de emergencia (1.200 millones de pesos) y al incremento de los equipos de trabajo en los hospitales. El presupuesto final del último año era de 27.628 millones, pero con ese aumento inusual, dado la emergencia sanitaria, alcanzó 28.828,3. Lo que representa un 8,6 por ciento, un porcentaje mayor en comparación con el 2017 pero menor con

---

<sup>1</sup> Disponible en: <http://www.lavoz.com.ar//ciudadanos/presupuesto-en-salud-coronavirus-freno-ajuste>  
Consulta: 08/02/2021

respecto al año 2016 con el (9,3 por ciento). Esta inversión se destinó a los tres niveles de atención sanitaria: primario, secundario y terciario.<sup>2</sup>

La cuestión de la salud implica dimensiones económicas, políticas, culturales, sociales y territoriales. Al ser una problemática de la relación entre lo global y lo local mediada por lo nacional, se hace necesario el análisis desde múltiples perspectivas que permitan abordar la complejidad de la temática. Por ello son esclarecedoras, dada su potencia teórica, las perspectivas conceptuales en torno al desarrollo.

En este sentido, se analiza la relación entre lo global y lo local en donde se proponen como dos caras circunscriptas, la participación en un modelo médico profesionalizado de un sistema de salud mercantilizado y la omisión de los rasgos culturales en la comunicación para la salud en un sistema sanitario multisectorial.

El recorte delimitado para nuestro interés, desde la comunicación y el desarrollo, identifica las representaciones sociales de los actores para discernir cuales son los obstáculos y facilitadores de las modalidades participativas en una campaña pública de salud. Entre las numerosas aristas que tiene la comunicación social para investigar, desde este proyecto se optó por la mirada sociocultural. Y como sucede con toda temática compleja, se rebasan los límites de esta disciplina. Porque se usó además de la bibliografía específica de la comunicación, contenidos de sociología y el campo de la salud (medicina y enfermería) para lograr analizar todas las dimensiones. Por eso se estima pertinente el abordaje poniendo en conjunción las nociones de Desarrollo, Campañas y Participación en la comunicación para la salud.

En este marco de investigación, entonces, se recopilan y sistematizan las percepciones y pensamientos de los actores sanitarios alrededor de una campaña sanitaria local, ya que como explica Kenbel (2006:23), “la realidad es, en parte, lo que los actores creen que es”. Es decir: las representaciones constituyen uno de los patrones de pensamiento, percepción y acción de los actores sociales. En concreto interesa cómo los usuarios y trabajadores de la salud comprenden la participación social en un hospital público de Córdoba en la ciudad de Villa Dolores que cuenta con 53.220 habitantes según el censo 2020.

De este modo, algunas de las preguntas que guían la investigación: ¿Qué características comunicacionales tiene una campaña local de salud materno-infantil? ¿Cuáles son las experiencias y significaciones que los actores van reconstruyendo en torno a la participación?, ¿Cuáles son las condiciones o factores que operan como inhibidores y facilitadores de una comunicación más participativa?, ¿Cuáles son los alcances y los límites de la participación comunitaria en una relación paciente-agente de salud con marcadas asimetrías de información, propia del modelo médico profesionalizado en un sistema de salud crecientemente mercantilizado?

El recorrido teórico, entre los capítulos II y V, implica repensar nociones del enfoque participativo en torno a la comunicación, el desarrollo, y las campañas públicas. Si la comunicación se vincula con estas perspectivas e integra una mediación estratégica para la planificación de una política pública en el ámbito sanitario, este estudio resultaría un aporte a las concepciones de la comunicación para la salud.

Como no se encontraron antecedentes puntuales del enfoque participativo en comunicación para la salud, el presente T.F.L (Trabajo Final de Licenciatura) asume relevancia, en el marco de una ciudad mediana como Villa Dolores (Córdoba,

---

<sup>2</sup>Cuando se habla del nivel primario, se refiere a “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS citado en Vignolo, 2011: 12)

Argentina), para reflexionar sobre las concepciones dominantes de los trabajadores y los usuarios de los servicios públicos la salud sobre sus prácticas comunicativas y cómo éstas fomentan u obstaculizan la participación. En líneas generales, el alcance del trabajo se planteó como un estudio empírico y descriptivo mediante una estrategia metodológica cualitativa que aborda las percepciones e ideas generales de los actores vinculados al fenómeno.

Los resultados alcanzados en un año de investigación, revelados en los capítulos VI a VII, evidencian que las representaciones sociales de los actores exhiben un conjunto de ideas y prácticas fructíferas en vías a promover la gestión y planificación de la participación social en salud. De lo cual, también se derivan implicancias cardinales acerca del rol de la Comunicación Social, entre ellas la de repensar los modos, medios y géneros empleados por los actores, las instituciones y el sistema sanitario en su conjunto. Dicho esto, es oportuno reconocer que los datos obtenidos brindan solamente una plataforma para elucubrar nuevas preguntas y realizar más trabajos de investigación en el campo de la comunicación para la salud particularmente desde el enfoque participativo del desarrollo.



# CAPÍTULO I

## Memoria y registro de una investigación en comunicación para la salud

El presente TFL tomó como referente empírico una institución de salud pública cordobesa: Hospital Regional de Villa Dolores. Se presenta como el centro de la prevención sanitaria en Traslasierra en torno a las acciones comunicacionales de lactancia materno-infantil. Se encuentra ubicado al oeste de la provincia de Córdoba, sobre la Avenida Manuel Belgrano al 1800 de dicha ciudad. Brinda cobertura aproximada a 100.000 habitantes de las provincias de Córdoba, San Luis y La Rioja. Su *razón de ser* es el acceso equitativo a la salud por parte de habitantes residentes de un extenso territorio interprovincial. Su área de cobertura comprende parte de las provincias de Córdoba (departamentos San Javier, San Alberto y Pocho); San Luis (departamentos Ayacucho y Junín); La Rioja (departamentos San Martín y General Ocampo). En tanto hospital estatal, posee las características propias de una organización pública y burocrática que brinda específicos servicios sanitarios para la comunidad.

Cabe afirmar que Villa Dolores (Córdoba, Argentina) es la principal urbanización del departamento San Javier, y es además el centro económico, social y cultural más importante del Valle de Traslasierra. De acuerdo a los datos del INDEC, en 2020, dicho territorio cuenta con 53.520 habitantes. El departamento, a su vez, se divide en 5 pedanías: Dolores, Luyaba, Rosas, San Javier y Talas. De lo que puede deducirse, que presenta una población de destinatarios con características socioeconómicas y culturales muy diferentes. Es así que se sitúa en un entramado de grupos y colectividades diversos, que tienen concepciones diversas sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuidado y la recuperación de la salud, que configuran la cosmovisión de las comunidades (Albó, 2004), y que sobre estos elementos se conjugan creencias, métodos y conocimientos para abordar el problema de la salud y la enfermedad.

### **Propósitos de la investigación**

El presente trabajo de investigación se valió, inicialmente, del planteo de Agunga (en Waisbord 2001), en el sentido que la “comunicación” implica un proceso de crear y estimular la comprensión como base para el desarrollo más que transmitir información. Desde este posicionamiento, la intención fue indagar las representaciones sociales de la comunicación de los actores en una campaña local de salud materno-infantil, para identificar las condiciones inhibitoras y facilitadoras de las modalidades participativas.

Uno de los primeros interrogantes fue: ¿cuáles son los aportes del enfoque participativo del desarrollo en la comunicación para la salud? En ese sentido, Servaes y Malikhao (2002) postulan que el modelo participativo acentúa la importancia de la identidad cultural de comunidades locales y de la democratización a todos los niveles. Los autores consideran que el centro de la cuestión es poner en debate tanto la distribución general del poder como de los recursos.

Para aproximarse a las distintas apreciaciones dominantes de los actores, la perspectiva conceptual de las representaciones sociales se asume como relevante para abordar la participación en una campaña de lactancia materno-infantil a nivel local. Dado que posibilita pensar la naturaleza relacional y dinámica entre lo individual y lo sociocultural (Carniglia, 2012). En ese sentido, esta investigación se propone responder a los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las experiencias y significaciones que los actores van reconstruyendo en torno a la participación?, ¿Cuáles son las condiciones o factores que operan como inhibidores y facilitadores de modalidades de comunicación más participativas?, ¿Cuáles son los alcances y los límites de la participación comunitaria en una relación paciente-agente de salud con acaso marcadas asimetrías de información, propia del modelo médico profesionalizado en un sistema de salud mercantilizado?, ¿Qué características comunicacionales tiene una campaña local de salud?

Asumida la salud, entonces, como una cuestión social, un fenómeno tanto económico como simbólico y cultural, parece pertinente concebir la comunicación en o para la salud como vinculada al proceso complejo y permanente de producción del sentido social, como lo plantea Massoni (2007). Por esto estimamos pertinente el abordaje poniendo en conjunción las nociones de: Desarrollo, Campañas públicas de comunicación y Enfoque Participativo en Salud.

El alcance del estudio a nivel general se propone como un estudio empírico y descriptivo. Por lo expuesto, el objetivo general del proyecto es:

- Caracterizar la comunicación entre los actores de una campaña local de salud materno-infantil reconociendo condiciones inhibidoras y facilitadoras de las modalidades participativas.

Y los objetivos específicos son:

- Profundizar la discusión teórica sobre la pertinencia, los antecedentes y los aportes del enfoque participativo del desarrollo en la comunicación para la salud.
- Caracterizar la campaña de lactancia materno-infantil en sus dimensiones institucionales, técnicas y operativas.
- Describir los modos, medios y géneros de las estrategias de comunicación utilizadas por la campaña en la relación con los públicos destinatarios.
- Identificar los aspectos comunicacionales que obstaculizan y/o facilitan la participación de los trabajadores de la salud involucrados en la campaña de lactancia materno-infantil.
- Identificar los aspectos comunicacionales que obstaculizan y/o facilitan la participación de los destinatarios en la campaña de lactancia materno-infantil.
- Reconocer las significaciones sobre la participación en las campañas de salud emergentes entre los profesionales de la salud y los destinatarios.

## **Perspectivas teóricas generales**

La comunicación siempre está y ha estado presente en los procesos sanitarios. El desarrollo de la comunicación como campo de análisis e intervención en la salud pública tiene influencias de las concepciones predominantes. En este apartado son esclarecedoras las perspectivas conceptuales en torno al desarrollo. Como lo afirma

Alfaro (1993), la comunicación está ligada directamente al desarrollo, no sólo como aporte auxiliar y metodológico, sino como objeto mismo de transformación de la sociedad y de los sujetos que la componen. Es decir, que toda concepción del desarrollo supone otra mirada comunicativa.

Si lo local es el punto de llegada y de inicio para interactuar con otras dimensiones, hay una convivencia puesta en práctica, intrincadas redes de relaciones que juegan en el territorio. Alfaro (1995) explica que el acceso al desarrollo se mide por el entorno que circunda al espacio de vida, lo que se emparenta con el derecho a la salud.

Como lo explica Massoni (2008), el concepto de desarrollo se refiere necesariamente a un proyecto de transformación, por lo que cualquier institución que sostenga cierta idea de desarrollo posee además esbozos acerca de que cambios quiere producir y con qué finalidad. Si se habla del desarrollo como intervención “(...) no solo deberíamos observar la naturaleza en vivo sino que también deberíamos tocarle la cola al león, esto es, manipular nuestro mundo para aprender sus secretos” (Hacking en Cimadevilla, 2005:113). Para Cimadevilla (2005), la intervención es un proceso supra abarcador inherente a la conformación y devenir de las sociedades. Estas distinguen entre un estado de realidad deseado y otro no deseado, sobre la base de valores generados, reproducidos e institucionalizados en función de las condiciones de existencia particulares.

El abordaje del desarrollo desde una mirada compleja implica la necesidad de precisar, significar y situar el rol de los actores involucrados y las características de la organización social que los enmarca (Madoery, 2001). Como se vivencia un momento histórico, en donde las decisiones en torno al desarrollo no suceden sino con disputas por el sentido, pensar en el campo de la salud pública y su democratización es aludir a las continuidades, híbrides y tensiones.

A los fines de esta investigación también se puntualizó en una noción que es transversal a todos los aspectos de interés: los modos, medios y géneros comunicacionales, siempre con la mirada empírica situada en el hospital regional de la ciudad de Villa Dolores (Córdoba, Argentina).

Las acciones comunicacionales que se realizan en el hospital revelan la coexistencia, no sin conflictos, de distintos modelos comunicacionales. Todos ellos presentan diferencias no solo en la manera de definir o nombrar, sino también, en sus objetivos, actividades, y marcos ideológicos. Entonces, si se hace un recorrido en los modelos de prevención en salud, en relación con las tradiciones teóricas de comunicación, aparecen fuertes modelos normativos.

La comunicación que se realiza en una institución sanitaria sea través de producciones gráficas, radiofónicas o audiovisuales, genera un cierto contrato con los usuarios a los que apunta movilizar. Dado que la promoción de la salud no consiste solamente en acciones comunicacionales que arrojen determinados datos sino que exige de una tarea de persuasión, el Hospital de Villa Dolores realiza varias actividades más o menos pertinentes a la temática de lactancia materno-infantil. Por ejemplo, en el caso de las campañas, observamos que los trabajadores de la salud responsables definen de manera unilateral la relación problema/solución y se apela a formas “clásicas” de comunicación como uso de publicaciones escritas y charlas o conferencias a cargo de especialistas, no pudiendo visualizar otras alternativas más participativas y dialógicas. Asumiéndose implícitamente, de este modo, que la sola transferencia de información propiciaría los cambios anhelados.

En general, para conceptualizar esta temática, se adopta oportunamente el concepto de campaña. Las campañas de comunicación constituyen una modalidad de

intervención muy utilizada en el marco de los ministerios nacionales, provinciales e instituciones públicas retores de temas en salud. Históricamente, en líneas generales, el enfoque sanitario ha entendido a los receptores como beneficiarios pasivos, por ende, no participantes en las etapas de planificación, dejando de lado los conocimientos propios del terreno.

Rice y Atkin (1996), definen a las campañas como aquellos intentos que se realizan con el objetivo de informar, persuadir o motivar cambios en una audiencia relativamente importante, generalmente no comercial, dentro de un período determinado, por medio de actividades de comunicación. Dicha concepción se complementa con el planteo de Bordenave (1992), quien sugiere que toda campaña consiste en un proceso integrado y concentrado de información y de persuasión dirigido deliberadamente a conseguir que un determinado segmento de la población adopte ciertas ideas, productos o comportamientos que los organizadores de la campaña consideraban deseables.

Como explican Anunziata y Godio (2007), la “persuasión” es otro concepto esencial en la definición y la puesta en práctica de una campaña pública. Por ello se hace necesaria una breve definición. Para Francisco Sierra (citado en Anunziata y Godio 2007), se trata de una forma consciente e intencional de manipulación y convencimiento informativo, cuyo objetivo es la orientación de las actitudes y del comportamiento de los receptores, influyendo mental, afectivamente y cognitivamente en los destinatarios del mensaje a través de diversos medios psico-sociológicos.

La salud comprende variables complejas de índole relacional, material y simbólica. Desde el enfoque de salud pública, Saforcada (2010) considera que es entre el componente formal (trabajador sanitario) y componente informal (usuario), donde se suelen levantar barreras. Y como ya se mencionó, Villa Dolores (Córdoba, Argentina) presenta un entramado de comunidades muy diversas con concepciones sanitarias que coexisten junto al enfoque científico tradicional, lo que complejiza y tensiona la relación entre trabajador y usuario.

Si se vinculan los objetivos de este TFL con los antecedentes seleccionados, se intenta también, desde el enfoque participativo de la comunicación para el desarrollo, indagar cómo se construyen comunicacionalmente los ideales participativos con la injerencia de los aspectos económicos, sociales, culturales y políticos. Hay que hacer notar que las categorías teóricas de dicho enfoque reconocen la identidad cultural de las comunidades locales y la democratización a todos los niveles (Servaes y Malikhaou 2002).

Desde el marco teórico elegido se entienden a las estimaciones que realizan los actores como parte integral de las representaciones sociales. Galimberti (2008) explica que cada situación, cada persona y cada objeto están revestidos de un conjunto de asociaciones que los actores crean y recrean de manera constante. Estos modos además de orientar las actitudes, preforman los modos de posicionarse en el mundo.

Ibáñez (1988) explica, en ese sentido, que es la comunicación es una de las fuentes constituyentes de las representaciones sociales ya que en dichos procesos de comunicación masiva e interpersonal, es donde se delinear los contenidos de las representaciones sociales.

En escenarios conflictivos, de acuerdo con Barbero (1999), tiene utilidad analítica conocer las distintas “*hablas y palabras*” que movilizan diferentes formas de significar ya que “Argentina es una sociedad de modelos híbridos de cuidados de salud basados en diversas tradiciones culturales” (Petracci y Waisbord, 2011:460).

Se considera que el reconocimiento de esas representaciones puede significar un aporte para desplegar procesos de comunicación que repare en las demandas e intereses de los usuarios. Por lo expuesto, es el campo de la estrategia que se despliega como un escenario que, en términos comunicacionales, posibilita el “momento relacionante de la diversidad cultural y, por lo tanto, el espacio del cambio, de la transformación” (Massoni, 2008:87).

La comunicación en su dimensión estratégica relaciona las aristas materiales, simbólicas y relacionales del problema de la salud pública y permite repensar ideas asociadas al desarrollo, la planificación y dinámicas colectivas. Fraser (en Bruno y Guerrini 2014) explica que el reconocimiento es parte integral de la ciudadanía actual. Ello implica el derecho a informar y a ser informado, a pronunciarse y ser escuchado.

Así, se requieren de estrategias que contemplen a los actores en sus oposiciones e intereses y los consensos para que tenga lugar la factibilidad en los procesos de cambio social. A decir de Uranga (2008:9): “nadie puede generar cambios en el espacio público si no se modifica a sí mismo en igual sentido, y los cambios que se producen en lo público inciden necesariamente en la práctica de los actores que allí intervienen”.

Siguiendo las líneas conceptuales abordadas, la intención es caracterizar la comunicación entre los actores de una campaña local de salud materno-infantil reconociendo condiciones inhibitorias y facilitadoras de las modalidades participativas. Se buscó, a partir de la comunicación social, conocer y entender las posturas y representaciones de los actores cuya relación con el problema los ubica como usuarios –comúnmente receptores- o como trabajadores –comúnmente emisores- del hospital regional.

### **Antecedentes específicos**

Los antecedentes sobre el estudio de las problemáticas de la salud se encuentran, por un lado, en el estudio de Pamela Pelliti (2009) que analiza los factores involucrados en las interacciones entre los trabajadores y la población usuaria, a partir de un enfoque teórico de la comunicación en un hospital público de la ciudad de La Plata. Utiliza para ello una metodología de tipo cualitativa.

La autora supone que, dentro de todos los problemas que existe en la agenda sanitaria, la comunicación que los profesionales establecen con los usuarios es el que cobra mayor relevancia, debido a las consecuencias negativas que desencadena. Por ello, es necesario reflexionar sobre ese aspecto pues los resultados de su investigación se relacionan con la necesidad de participación por parte de la población. Para Pelliti (2009), una institución eficiente no es aquella que logra la participación de cada uno de los habitantes sino en la cual se generan estrategias para incorporarlos a la prevención y de ese modo fomentar el autocontrol de su salud.

Estos resultados son más que importantes para nuestra investigación ya que privilegian a la comunicación como un elemento central en la planificación de campañas que puedan trascender hacia resultados positivos de participación comunitaria.

Por otro lado, un estudio significativo, realizado desde el enfoque de género, es el que hace Ianina Lois (2013) denominado “Políticas públicas de comunicación sobre la salud de la mujer”. El problema, abordado desde la metodología cualitativa, persigue el objetivo de conocer cómo se elaboran los mensajes de salud materna, sexual y

reproductiva dirigidos a mujeres desde el sector público como así identificar qué tipo de relación social se establece a través de los materiales de comunicación e información entre las instituciones de salud y las mujeres destinatarias de esos mensajes. Para ello, analiza las narraciones de los trabajadores de la salud y los distintos usuarios. Este estudio explica que las características sociales, contextuales, históricas y culturales quedan relegadas a la hora de definir políticas de comunicación al tiempo que se tiende a repetir la misma información sobre salud materna y reproductiva para todas las mujeres del país.

La problematización de la participación en salud incluye no solo las decisiones y las acciones llevadas a cabo en las fases de planificación para la misma, sino que integra la dimensión simbólica, social y cultural.

Un tercer estudio pertinente, realizado también desde una metodología cualitativa, es el que hacen Carla Godio y Vanina Anunziata (2008) denominado: "Ampliación de la campaña de prevención del embarazo juvenil no deseado". El objetivo que persiguen es interpretar los mensajes emitidos en el marco de la campaña de prevención del embarazo juvenil no deseado por los jóvenes universitarios y, a partir de allí, diseñar nuevas estrategias comunicacionales que permitan ampliar y optimizar el proceso ya iniciado.

En dicho estudio, que fuera realizado en la Universidad Nacional de Río Cuarto, los conceptos más influyentes son los de persuasión e intervención. Por "persuasión" entiende, a una forma dinámica de interacción cognitiva del receptor con los manejos intencionales, en donde lo central es el procesamiento y apropiación de la información por medio de la dialéctica de mediatización cultural de las estrategias de condicionamiento de los individuos. Las autoras explican que la persuasión es un aspecto integral de una campaña, y que se relaciona con la intervención (Anunziata y Godio 2008) concepto que se profundizará más adelante (ver Capítulo III). Destacan, entre sus principales resultados, que en la fase de circulación de los mensajes hay ciertos obstáculos que repercuten luego en la difusión de información.

Sin embargo, luego de una búsqueda sistemática, no se encontraron antecedentes puntuales de investigación empírica que consideren a la Comunicación desde la perspectiva participativa y, más específicamente, en campañas de Atención Primaria de la Salud. Esto hace que el presente proyecto asuma relevancia, en el marco de la ciudad de Villa Dolores, para reconocer las ideas de los trabajadores de la salud y los usuarios sobre sus prácticas comunicativas e identificar si sus acciones fomentan u obstaculizan la participación. Este propósito de investigación es pertinente porque la comunicación para la salud es atravesada siempre por las contradicciones, tensiones, disputas de sentido y conflicto permanente, donde entran en juego dimensiones económicas, políticas, sociales y culturales.

### **Estrategia metodológica**

**D**ada la naturaleza del problema y los objetivos planteados, el presente trabajo de investigación se funda en un enfoque metodológico de tipo cualitativo. Se opta por este lineamiento dado que se conciben los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor. Es decir, la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante (Taylor y Bogdan, 1986:16).

Para Gallart (1992), las investigaciones efectuadas con una aproximación cualitativa intentan captar la definición de la situación que hace el actor social y el significado que éste da a su conducta, los cuales son claves para interpretar los hechos, a través de

información observacional poco estructurada. Este tipo de aproximación metodológica se fundamenta en una teoría de la acción social. Esto supone un ir y venir entre lo individual y lo social trascendiendo el conductismo individualista, al introducir la intencionalidad, clave de la comprensión de la conducta humana.

El objeto de estudio se podría sintetizar como las estrategias más o menos permanentes de comunicación y participación orientadas hacia los usuarios por el Hospital Regional de Villa Dolores durante el período comprendido entre 2022 y 2023. Para ello se propuso un diseño más bien descriptivo ya que, si bien la temática de la atención primaria de la salud ha sido abordada y estudiada, había sido poco revisado el componente comunicativo en la perspectiva participativa de las campañas con enfoque en la comunicación para la salud.

Para llevar a cabo el abordaje empírico y lograr los objetivos planteados se usó el siguiente instrumento de recolección de datos:

- **Entrevista en profundidad basada en guión:** se optó por este tipo de técnica para conocer la percepción de los usuarios y trabajadores sobre los obstáculos y facilitadores de las modalidades participativas. En el marco muestral se consideró que los entrevistados para ser seleccionados debían reunir un mínimo de características que permitan identificarlos como “actores involucrados en una campaña de salud pública más o menos permanente”. Desde el punto de vista empírico, se trató de personas directamente vinculadas a la emisión y recepción de los mensajes de salud materno-infantil los cuales permitan analizar los procesos de comunicación en el contexto de una campaña de salud pública.

De este modo, la entrevista cualitativa se constituye como una herramienta apropiada para aproximarse de manera concreta al mundo de los significados de los actores desde sus propias voces. Y por entrevista en profundidad, se entiende, a decir de Sierra (1998:299), “un tipo de entrevista cualitativa de carácter holístico, en la que el objeto de investigación está construido por la vida, experiencias, ideas, valores y estructura simbólica del entrevistado aquí y ahora”.

El principal criterio para seleccionar los lugares del trabajo de campo fue el espacio físico donde suceden los encuentros entre los profesionales y usuarios, es decir, el diálogo en el terreno, en este caso el hospital regional. En otras palabras, la elección del lugar, estaba supeditada a la posibilidad de tener aproximaciones directas con los actores: el espacio de la guardia y los consultorios.

Además del lugar de la entrevista, otro factor importante también considerado fue la heterogeneidad de los casos, lo que supuso entrevistar a personas diversas en edad, sexo, exposición a las campañas, predisposición para brindar información y accesibilidad.

Las muestras en los estudios cualitativos, si bien no se especifican de antemano, tienden a evolucionar una vez comenzado el trabajo de campo. Al final, las entrevistadas fueron 10 personas. Es en el muestro teórico de Glaser y Strauss (citado en Taylor y Bogdan, 1986: 155) donde se encontró una guía para elegir los casos a entrevistar. De esa manera, después de realizar cada entrevista, se tendió a diversificar los casos (en edad, sexo y años de experiencia) para enriquecer las perspectivas y obtener nuevas miradas. Este proceso avanzó hasta que las entrevistas con personas adicionales no producían datos novedosos del fenómeno. Entonces, el proceso de selección de casos cesó ante la saturación teórica de las categorías que se estudiaron.

Como plantea Jelin (1986) con respecto al estudio de casos, el tipo de unidad de análisis puede ser de diversa magnitud, nivel y tamaño. En esa misma línea de pensamiento, Serrano Blasco (1995: 203) explica, “que siempre el objeto a estudiar es el sujeto, igual y distinto también a ese sujeto que pretende extraer un saber cuya finalidad es la de comprender mejor”. Por todo lo dicho, en el presente estudio la unidad de observación es el actor en sí mismo, usuario o trabajador sanitario, desde la posibilidad de que los encuentros sucedan de manera individual o grupal.

El instrumento utilizado consistió en una guía de preguntas organizadas según ejes analíticos (ver Anexos) de las concepciones dominantes de los actores sobre los obstáculos y facilitadores de la participación social en la comunicación como una solución emergente en la problemática sanitaria. Cabe destacar que el carácter abierto de la pauta de la entrevista orientó el trabajo de campo porque se asumió que podían surgir nuevos indicios, desde la interacción con los actores. Como sostiene Valles (1999), a pesar que el guión de la entrevista presente los temas clave vinculados con los objetivos de la investigación, no significa que esté finalizado y no se pueda modificar. A su vez, se concibe la posibilidad de que las entrevistas sean individuales y/o colectivas (dos o más actores). El procedimiento que se realizó fue mediante el diálogo, de manera presencial, y con un registro digital.

El análisis preliminar de los datos, se llevó a cabo siguiendo el enfoque de la teoría fundamentada. Pues se procedió con la modalidad del “método de comparación constante”, que conlleva realizar la codificación y comparación simultánea de los datos de manera de desarrollar conceptos e hipótesis del trabajo. Para Taylor y Bogdan (1986) es a través de la comparación continua de los datos que se refinan los conceptos. Es decir, este proceso propicia la emergencia de sus propiedades, categorías, la exploración de sus interrelaciones y su integración en una teoría sólida y coherente. El instrumento utilizado para el tratamiento es una matriz de datos cualitativos y el procedimiento fue a través del registro y el análisis comparativo de categorías y posiciones emergentes. El siguiente cuadro que resume los principales rasgos de la metodología empleada:

**CUADRO I:** Caracterización de la perspectiva metodológica

<b>METODOLOGÍA CUALITATIVA</b>	<b>RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	<b>TRATAMIENTO DE LOS DATOS</b>
<b>TÉCNICA</b>	Entrevistas a personas identificadas con los siguientes grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios de los servicios (área de Neonatología)</li> <li>• Trabajadores del hospital (área de neonatología)</li> </ul>	Modalidad restitutiva (reproducción fiel y en detalle de las palabras de los entrevistados) y analítica (reconocimiento e identificación de categorías)
<b>INSTRUMENTO</b>	Guía de preguntas con diferentes ejes analíticos	Matriz de datos cualitativos para comparación y perfil de respuestas
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Diálogo in situ ( hospital)	Registro y comparación de posiciones y categorías significativas



# CAPÍTULO II

## La salud como problema social desde el enfoque participativo de la comunicación para el desarrollo

El presente capítulo se aproxima conceptualmente a la salud como problemática desde una mirada social, en un enfoque de desarrollo, siempre con anclaje en el enfoque participativo de la comunicación. Como propósito primario interesa discutir los aportes, teorías y antecedentes de dicho enfoque y emprender un marco conceptual que permita, a posteriori, entablar asociaciones con el de comunicación social.

En cambio, los abordajes e intereses han sido diferentes desde los lineamientos tradicionales de la investigación en comunicación. Más allá que los objetivos han sido los de contribuir con mejoras a la salud pública y el bienestar social, se han formulado interrogantes propios de la disciplina vinculados con debates teóricos y líneas de investigación más amplios (Petracci y Waisbord, 2011).

Esta situación explica por qué habitualmente el interés en salud está unido a preguntas más abarcadoras sobre impacto de medios, procesamiento de información, políticas públicas, y prácticas saludables (Petracci y Waisbord, 2011). Estos mismos autores consideran que, además del hecho de que diferentes corrientes disciplinarias y teóricas confluyan en la comunicación para la salud, la salud como espacio de reflexión fue objeto de diferentes preguntas y perspectivas comunicacionales.

### **Tradiciones dominantes en la Comunicación para la Salud**

Los planteos de Obregón y Waisbord (2012) señalan que la teoría de difusión de innovaciones aplicadas a la salud y los enfoques teóricos dominantes son los que marcaron el rumbo de las investigaciones en el campo. Estos paradigmas no sólo delinearon las premisas epistemológicas y analíticas fundamentales sino que esbozaron luego las aristas teóricas. En un primer apartado, se analiza la relación entre lo global y lo local para proponer como dos caras circunscriptas la mercantilización de la salud y la omisión de los rasgos culturales en la comunicación para la salud. Seguidamente, se abordan las dos tradiciones más significativas en la comunicación para la salud, por un lado, y las críticas al paradigma dominante, por otro. En un tercer eje se consideran las perspectivas y las definiciones de los enfoques participativos y comunitarios como un primer acercamiento de lo que luego se retomará y profundizará en capítulos siguientes. Además, se tiene en cuenta el aspecto simbólico-material-relacional y se sitúa la problemática en la realidad empírica local, focalizando las debilidades y las fortalezas de la situación en un hospital regional público. Finalmente, se presenta la relación entre comunicación social y desarrollo.

En ese sentido, adquiere relevancia una visión ortodoxa de la comunicación que entiende y asume a esta última como transmisión de información (Petracci y Waisbord, 2011). Entre los intereses del campo figuran el cambio de comportamiento y el impacto de los medios de comunicación. Explican Petracci y Waisbord (2011) que dicho

enfoque es ciertamente muy influyente en la tradición de estudios de los efectos en los medios bajo lineamientos psicológicos y computacionales comunes en Estados Unidos. Esta mirada impone una perspectiva mecanicista y limitada que ignora complejos procesos sociales y políticos de intercambio y formación de sentido social como así también de participación política. Por ello, y he aquí lo importante, la información no implica comunicación sino que más bien se trata de un componente no excluyente de los procesos comunicacionales (Petracci y Waisbord, 2011).

Desde esta perspectiva, hay dos conjuntos de intereses que guían la investigación en comunicación sanitaria. Por un lado, la preocupación académica se pregunta de qué manera las intervenciones de comunicación pueden apoyar los programas para abordar los desafíos de salud que afectan al Sur global (Obregón y Waisbord, 2012). Según explican los autores en torno a los vínculos entre las disciplinas, la comunicación se ha focalizado en tres problemas de salud: planificación familiar/salud reproductiva, salud infantil (incluye los temas de nutrición e inmunización) y VIH/Sida.

Las experiencias de comunicación en planificación familiar y salud sexual remiten a preguntas más amplias sobre ciudadanía, lógicas institucionales, prácticas sociales, políticas públicas y niveles de análisis que exceden los enfoques puramente informativos o participativos (Petracci y Waisbord, 2011). Aquí radica el desafío del TFL: interpretar los retos contemporáneos de la participación en salud pública materna desde las teorías de la comunicación.

Luego de la pandemia, este aspecto de la salud pública recobró importancia entre la ciudadanía y en el espacio de lo público especialmente. Dado que puso de manifiesto la centralidad de los trabajadores de la salud así como evidenció las condiciones laborales precarias de un colectivo profesional heterogéneo. También se generó una disrupción y reconfiguró las prácticas de cuidados, de participación y de comunicación al interior de los hospitales públicos en general. Todo eso forzó nuevas articulaciones entre los trabajadores y la comunidad. No obstante, en la agenda local, la salud materno-infantil quedó en las postrimerías ante el realce del COVID-19 en la esfera pública.

Por otro lado, la comunicación sanitaria mundial ha ofrecido oportunidades para realizar investigación sobre las mismas cuestiones que impulsaron el interés en el campo de la comunicación en salud y probar la aplicabilidad de teorías que originadas principalmente en los Estados Unidos. Este enfoque se interesa por explicar y determinar la interacción entre los procesos de información y las conductas de salud. También habría que agregar, para reconocer la influencia que ha tenido en el campo, como señalan Obregón y Waisbord (2012) que las conclusiones coinciden en que los factores “ideales” -las comillas son de los autores- juegan un papel importante en los comportamientos de salud.

Esos planteos sustentan numerosas investigaciones que evidencian la prolífica producción teórica vinculada a los programas de comunicación y los problemas de salud. Esta convergencia visibiliza cuantiosas investigaciones y enfoques que se caracterizan por problematizar las contribuciones de la comunicación en vías a modificar los determinantes del comportamiento que influyen en las acciones de salud.

Un muestreo básico de dicha convergencia no puede dejar de mencionar a los siguientes estudios: la teoría de la acción razonada (Pick, 2007), marketing social (Agha, Karlyn y Meekers, 2006), el modelo de creencias sobre la salud, el modelo de proceso paralelo extendido (Wiite, 1998), autoeficacia/eficacia colectiva (Smith, Ferrara y Wiite, 2007), percepción del riesgo (Agha, 2003), cognición social (Smith, Downs y Wiite, 2007) y las redes sociodigitales y la comunicación interpersonal (Sood, Shefner-Rogers y Sengupta, 2006; Valente, Paredes y Poppe, 2006). Tal sincretismo

escenifica la diversidad y la inclusividad en el campo pero también expone divisiones significativas ya que se podría argumentar que subyacen en ellas dos tradiciones teóricas coexistentes. Una de ellas indaga por el procesamiento de la información y el cambio de comportamiento; y otra que está relacionada con otros interrogarse por otros temas como el “poder”, la “participación”, y el “debate público”. Ambas coexisten pero con orígenes y paradigmas disimiles.

## **El Paradigma dominante y sus críticas**

Como cabe esperar en toda ciencia, las teorías del comportamiento y de los efectos en los medios en la comunicación de la salud mundial han recibido una serie de críticas. Según Obregón y Waisbord (2012), la tradición de los efectos de los medios en los comportamientos de salud tiene como premisa entendimientos un tanto estrechos de la comunicación como de la salud.

Estos autores identifican cinco críticas al paradigma dominante: la primera se vincula con la definición de comunicación ya que hacen un abordaje conceptual centrado solamente en la transmisión de información. En términos de estudios cibernéticos tradicionales, implicaría decir abarcar de emisores (programas de salud) a receptores (individuos). Así, falta una conceptualización de la comunicación para la salud que resalte el intercambio de ideas y la participación en la vida pública y el desarrollo de la conciencia crítica.

En segundo lugar, Obregón y Waisbord (2012) cuestionan la epistemología dominante en la investigación del campo. Esta crítica analiza el error que conlleva aplicar los modelos de los países centrales en sociedades no occidentales cuando el concepto de personalidad subsume un conjunto de identidades grupales. Estos enfoques son congruentes en espacios sociales occidentales caracterizados por un marcado individualismo. Los autores no exhortan a decir que “*la cultura importa*”, como una simple afirmación, sino que más bien cabe repensar la epistemología de la comunicación en la salud global y pensar en transiciones de enfoque: del individuo al de la comunidad.

La tercera crítica considera las ausencias del enfoque conductual de la salud global. Las teorías conductuales y de las campañas de salud no se ocupan de problemas vinculados al poder, como la influencia de las fuerzas político-económicas en la salud, la inequidad de género, el impacto de las políticas de salud y otras condiciones –como laborales y ambientales- en el bienestar de los individuos y las comunidades y las luchas de los grupos subrepresentados para mejorar las condiciones de salud (Melkote, Muppidi y Goswami en Obregón y Waisbord, 2012). En consecuencia, este enfoque omite el análisis de cómo el poder y las políticas afectan las condiciones antes de que las personas se enfrenten a la información u opinión.

Otra crítica, relacionada con la anterior, señala que las teorías estándar de comunicación sanitaria aceptan acríticamente el modelo de poder incrustado en el modelo biomédico de salud (Obregón y Waisbord, 2012). Si se teoriza desde la comunicación esto reviste cierta complejidad pues se considera que los expertos médicos cuentan con poder pleno y los ciudadanos son presentados como actores pasivos de quienes se espera que cumplan con las acciones prescriptas.

La quinta crítica cuestiona las metodologías estándar empleada en la salud mundial donde la posición dominante de investigación positivista y experimental eclipsa la comprensión cualitativa e interpretativista. Desde allí, se pueden realizar análisis más adecuados para investigar algunos temas tales como la construcción social y las

representaciones de la salud y de la enfermedad, cómo se forman y mantienen las desigualdades en salud y el debate público informa las decisiones sanitarias.

Estas críticas muestran el itinerario diverso que presenta el campo de la comunicación para la salud a la vez que visibilizan dos enfoques con características diametralmente opuestas. Por un lado, uno que está centrado en el procesamiento de la información y el cambio de comportamiento y, por otro lado, un enfoque asociado al poder, a la participación y al debate público.

### **Perspectivas y dimensiones del enfoque participativo en comunicación sanitaria**

Esta propuesta comprende los abordajes que hacen, especialmente Obregón y Waisbord (2012), y Servaes y Malikhao (2002), como ideas fuerza del enfoque participativo de la comunicación en la salud, pero también considera otras miradas e intelectuales que describan el nexo entre comunicación y desarrollo que se presenta más adelante. Como en cada una de las problemáticas sociales, los grandes enfoques del pensamiento que delinean la aproximación a los objetos de interés preforman las distintas prácticas que nacen desde allí.

Un primer aporte lo hace Obregón (2011) cuando sistematiza las características que tienden a reiterarse en las distintas posturas y experiencias del enfoque participativo:

- Fundarse en las necesidades locales
- Responder a procesos endógenos
- Promover la participación a todos los niveles
- Promover la autodeterminación
- Promover igualdad y acceso
- Considerar normas, valores y cultura en forma adecuada.

Otro aporte lo brindan Servaes y Malikhao (2002) explicando que el modelo participativo acentúa la importancia de la identidad cultural de comunidades locales y de la democratización a todos los niveles. Este enfoque emerge en vínculo con la teoría de la dependencia. Aquí corresponde señalar que se solía vincular los “problemas del subdesarrollo” con soluciones difusionistas sin relevar la dimensión política (Barbeito, 2021) cuyo centro es la cuestión del debate sobre la distribución general del poder y los recursos.

En ese mismo sentido, la evolución de la comunicación sanitaria también ha tensionado en modificaciones que le comienzan a asignar importancia a los aspectos que tienen que ver con la cultura, la identidad y la política. Por ello, Airhihenbuwa (2012) considera que el vínculo entre el enfoque de la comunicación y los enfoques sobre la cultura inaugura nuevos interrogantes anteriormente no presentes en el campo de teoría y práctica:

- ¿Cuáles son las prácticas y procesos comunicativos a través de los cuales se determinan las agendas de salud pública?
- En dicha instancia, ¿se generan instancias de articulación entre las voces actorales, los problemas que emergen y las soluciones que se piensan?
- ¿Cuáles son las posibilidades de cambio social y transformación estructural en un orden económico neoliberal que genera marcas de desigualdad tanto en la arista material como en la simbólica?

Así, emergen nuevos espacios en la comunicación para la salud que focalizan su interés en la identidad de aquellas poblaciones que históricamente fueron rotuladas como “beneficiarias” de las acciones comunicacionales. A pesar de que sus voces nunca han sido parte del proceso comunicativo se empieza a pensar posibilidades y puntos de entrada para que ello suceda.

Como explica Dutta (en Obregón y Waisbord, 2012), llegar a esta cultura centrada en las articulaciones históricamente silenciadas ha conllevado realinear el panorama epistémico que da forma a la comunicación para la salud a nivel mundial. Es por ello muy importante que se consideren los imaginarios sobre la salud que comienzan a tensionarse. Algunos proyectos comienzan a centrarse en la cultura y apuntan a una reestructuración fundamental de la teoría de la comunicación sanitaria y de sus prácticas con la meta de fomentar las capacidades de autodeterminación de las comunidades locales en vías a participar como agentes activos en la determinación de sus opciones de salud, en los derechos individuales y colectivos, en las políticas de salud y en los programas de comunicación vinculantes (Dutta en Obregón y Waisbord, 2012).

Entonces, en ese escenario es dable pensar y proyectar cuáles son los lugares de intersección que vinculan a los campos de la salud y de la comunicación pensados en relación con los conceptos de identidad y cultura. Como explican Airhihenbuwa y Dutta (2012), un enfoque cultural debe examinar estructuras y sistemas para ofrecer significados que pueden pensarse como sendas de interrogación de las estructuras que constituyen la salud. Estos autores proponen que esa perspectiva sería de utilidad teórica y empírica dado los constantes embates que tiene la agenda de la comunicación para la salud.

Los mismos autores explican que la cultura está en el centro de la comunicación para la salud. Por ello, comprender la cultura implicaría acercarse a ese plano de significación densa lo que es aproximarse a los sistemas, la estructura y el lenguaje con los que se transmiten valores y experiencias de la salud.

Para Waisbord (2001), la comunicación para el desarrollo requería tomar conciencia de la diversidad cultural y el contexto específico que fueron ignorados por la teoría de la modernización. A partir de allí, en el campo de la comunicación para la salud se problematiza una idea asociada a que las interpretaciones y significados culturales suelen borrarse del discurso sanitario que opera en los ámbitos e intervenciones. Esta situación se legitima y se justifica socialmente con el lenguaje y el saber de la ciencia racional (Airhihenbuwa y Dutta, 2012).

El mismo Silvio Waisbord (2001) plantea que los proyectos de la modernización subestimaron la importancia del conocimiento local. En cambio, cabe trascender esta posición, que adhería a lineamientos conceptuales de la comunicación como utilización sistemática de canales y técnicas, para incrementar la participación de los actores en el desarrollo, sea para informar y capacitarlos. Esta posición tiende a virar a otra concepción que fija su interés en las personas más que en los medios (2001). También Agunga hace referencia a que con el concepto de “comunicación” se implica un proceso de crear y estimular la comprensión como base para el desarrollo más que transmitir información (en Waisbord, 2001) Es decir, que se considera a la comunicación como una modalidad de articulación entre las relaciones sociales de los actores. Esto se vincula precisamente con la idea freireana de los “medios de grupo” tales como el empleo novedoso del teatro y las radios comunitarias, entre otros.

En ese sentido, América Latina, presenta una gran cantidad de experiencias significativas entre las cuales se mencionan las radios de los mineros y campesinas en Bolivia, las grabadoras de Guatemala, el multimedia en pequeña escala en Perú y otros ejemplos emparentados con sindicatos e iglesias (Beltrán en Waisbord, 2001).

Quizás en el campo de la salud comunitaria se presenten numerosos obstáculos para las modalidades participativas. Airhitenbuwa y Dutta (2012) explican que quien llega a definir el alcance y el significado de la salud está intrínsecamente ligado a las posiciones de poder en los espacios discursivos globales que llevan de manera inherente en su naturaleza la lógica asimétrica del emisor y receptor.

En toda intervención sanitaria, insisten Airhitenbuwa y Dutta (2012), se presentan estos rasgos que son demarcados por las agendas políticas y económicas del poder dominante. Éstas no hacen más que representar la configuración hegemónica enraizada en ontologías occidentales que imparte algunos marcadores de desarrollo pero que no cesa de generar intervenciones comunicacionales en un solo sentido: de arriba hacia abajo. En estos procesos, los autores insisten, se percibe el justificativo que sostiene este accionar: los supuestos de la universalización de la teoría de occidente dirigida hacia los espacios del tercer mundo.

### **La salud como problema material, simbólico y relacional**

Distintos significados y sentidos de las percepciones de los actores sociales se pueden advertir en la dimensión simbólica de la temática de la salud. Ayrzaban (en Obregón y Waisbord, 2012) explica que la salud se ha convertido en un factor determinante en los modos en que juzgamos la vida, la vitalidad de una comunidad y la agencia de las personas que viven en ella. . Así, entre otros interrogantes sobresalen: ¿Qué es la enfermedad? ¿A qué les atribuyen sus causas? ¿Qué hacen ya donde acuden cuando están enfermos? En ese sentido, como lo explica Menéndez (en Lois 2013) tanto la salud como la enfermedad y el sufrimiento son parte de procesos históricos y sociales pues dependen de las condiciones de vida y de las trayectorias individuales y colectivas de los sujetos que condicionan las significaciones, técnicas, ideologías y experiencias.

Una frase reiterada y siempre escuchable en pasillos y consultorios de instituciones sanitarias, como aquella que refiere a “*recuperar la salud*”, alude a la salud en términos más bien negativos o de carencia. En este sentido, la primera definición de salud, que la abordaba como la “ausencia de enfermedades”, es re-significada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la siguiente manera: “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>3</sup>. Otra dimensión de esta conceptualización sucede en el año 1992 cuando se incorpora el equilibrio con la naturaleza.

La salud, además de pensada desde el aspecto físico, mental, social y de integración con el medio ambiente, debe ser entendida como un terreno de luchas de poder tanto materiales y simbólicas. Ceriani (2015), en un abordaje sociológico, analiza las significaciones sobre la salud de integrantes de las comunidades de pueblos originarios. Este autor aborda a la “salud” a nivel simbólico desde el punto de vista de sus relaciones con las instituciones del sistema de salud tradicional y los sabios habitantes a quienes se les otorga saberes y autoridades curativas. Las percepciones sobre la vida, la muerte y el cuerpo biológico son disímiles. La salud así se presenta

---

<sup>3</sup>Organización mundial de la SALUD (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.

como el soporte material y social de la vida que se organiza en lugares distantes de la sociedad porque las personas hacen otras construcciones alternativas que coexisten y se tensionan con las del modelo científico.

Otro aporte valioso también realiza Campos Navarro (2004) en un estudio sobre las circulaciones del mensaje en el encuentro entre profesional y usuario que residen en entornos geográficos distantes. La mirada del autor se define como “interculturalidad en salud” y escenifica la complejidad de las variables simbólicas e interpersonales que operan en esos encuentros comunicacionales para representar la dinámica conceptual y empírica sobre el cuidado y la atención de la salud entre las tradiciones medicinales como la “normativa” y la “popular” (Pettracci y Waisbord, 2011) o la atención “biomédica” y “alternativa”, como las denomina Demonte (2014).

Otra contribución vinculada a la temática es de Arrosi y Thoyaret (2011) que plantean que la relevancia del proceso de participación entre las instituciones y la población en cualquier acción de comunicación es afectada por los problemas del momento de la emisión de los mensajes por los trabajadores como así por la circulación y la recepción por parte de la comunidad. De este modo, además de la mirada comunicacional del problema es necesario considerar cómo operan la negociación de sentidos entre el trabajador y el usuario junto con la accesibilidad geográfica y económica a los centros de salud.

La relevancia pública de los temas sanitarios en la agenda social (pública, mediática, profesional y política) es cada vez más visible en nuestro país dadas las críticas condiciones que presentó y agudizó la pandemia por Covid-19. Según se dijo, la comunicación en salud remite a interrogantes amplios sobre ciudadanía, lógicas institucionales, prácticas sociales, políticas públicas y espacio público.

Para que un tema sanitario trascienda, cabe entablar articulaciones entre las condiciones estructurales, los procesos históricos y las preocupaciones sociales. La comprensión de los sentidos sobre la participación en la salud que los actores sanitarios construyen requiere aproximarse también a los modos de intervención que piensan y realizan de manera concreta. Este principio es una instancia relevante para indagar acerca de la complejidad de los procesos comunicacionales en salud y reconocer las condiciones inhibitoras y facilitadoras de las modalidades participativas.

## **El hospital regional en el territorio**

Después de discernir la definición de la salud y sus aristas e implicancias vinculantes a la participación, es conveniente situar estos ejes teóricos en una territorialización de nuestro interés: el hospital público regional de la ciudad de Villa Dolores (Córdoba, Argentina).

Villa Dolores es la principal urbanización del departamento San Javier, y es además el centro económico, social y cultural más importante del Valle de Traslasierra (Suárez, 2019). De acuerdo a los datos del INDEC, en 2022<sup>4</sup>, dicho territorio cuenta con 53.520 habitantes. Este departamento, a su vez, se divide en 5 pedanías: Dolores, Luyaba, Rosas, San Javier y Talas.

Cuando se piensa la problemática de la salud en dicha institución de una ciudad mediana de Córdoba, cabe considerar las tres dimensiones mencionadas: simbólica, relacional y material.

---

<sup>4</sup>Consultado en

[https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/cnphv2022\\_resultados\\_provisionales.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/cnphv2022_resultados_provisionales.pdf)

El Hospital Regional de Villa Dolores es el centro de la promoción de la salud que genera acciones comunicacionales preventivas sobre, entre problemas, la lactancia materno-infantil en todo el Valle de Traslasierra. Esta institución pública, de dependencia estatal provincial, se ubica al oeste de la provincia de Córdoba, sobre la Avenida Manuel Belgrano al 1800 de dicha ciudad. Brinda cobertura aproximada a 100.000 habitantes de las provincias de Córdoba, San Luis y La Rioja.

La *razón de ser* de este hospital público es el acceso equitativo a la salud por parte de habitantes residentes de un extenso territorio interprovincial. Su área de cobertura comprende un terreno vasto de las provincias de Córdoba (departamentos San Javier, San Alberto y Pocho); San Luis (departamentos Ayacucho y Junín); La Rioja (departamentos San Martín y General Ocampo). Y en tanto hospital estatal, posee las características propias de una organización pública y burocrática que brinda diversos servicios sanitarios sin cargo.

El hospital y la ciudad presentan una población de destinatarios con características socioeconómicas y culturales muy diferentes. Y como explica Suárez (2019) es así que se sitúa en un entramado de grupos y colectividades diversos, que tienen concepciones diversas sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuidado y la recuperación de la salud, que configuran la cosmovisión de las comunidades (Albó, 2004). Así sobre estos elementos se conjugan creencias, métodos y conocimientos para abordar el problema de la salud y la enfermedad.

En vista de la diversidad de la ciudad de Villa Dolores y del perfil sociocultural de los usuarios del hospital, es obsecuente rescatar una mirada amplia de la salud más allá del modelo biomédico y que incluya distintas tradiciones culturales en el abordaje empírico y teórico tanto de la salud como la enfermedad y el dolor. Esto no implica posicionarse a favor o en contra de determinados modelos medicinales sino que es más bien tener un interés por contribuir con una lectura teórica de esas mismas dinámicas sociales, situados en una ciudad mediana, que suceden entre las diferentes (y opuestas) concepciones sobre el cuidado, la atención humanizadora, la enfermedad y los modos de prevención.

Por otra parte, el público usuario de los servicios del hospital presenta predominantemente ciertos rasgos socioculturales (Suárez, 2019). De acuerdo a lo relevado en instancias anteriores de producción teórica<sup>5</sup>, lo cohabitan diversas comunidades según los movimientos migratorios internos. Dada la diversidad de este fenómeno es, necesario considerar algunas dimensiones del perfil sociocultural de los usuarios desde lo que describe Suárez (2019):

- Los usuarios cuentan con nivel educativo bajo, en su mayoría, primario o secundario incompleto.
- En su mayoría, los usuarios no cuentan con trabajo formal. Si trabajan en “changas”-así lo nombraron- esporádicas, siempre y cuando estuvieran en condiciones (físicas y emocionales) de poder afrontarlas.
- No cuentan con ningún tipo de cobertura social, ni tampoco, medicina prepaga.
- Entre las voces, había dos posiciones claras con respecto a la calidad de los servicios brindados por el hospital. Por un lado, le adjudicaban palabras de valoración positiva; y por otro, que argumentaba recurrir a la institución, porque *“no les quedaba otra”*.



## Comunicación social y desarrollo

Si lo local es el punto de llegada y de inicio para interactuar con otras dimensiones, hay una convivencia puesta en práctica e intrincadas redes de relaciones que juegan en el territorio. Alfaro (1995) explica que el acceso al desarrollo se mide por el entorno que circunda al espacio de vida, lo que se emparenta con el derecho a la salud. Toda concepción del desarrollo supone una mirada comunicativa. En cuanto a esa vinculación es interesante el aporte de los autores Aprea y Cabello (2004) que, desde la comunicación en los procesos de desarrollo humano, proponen que el campo comunicacional reviste un lugar clave en las ciencias sociales porque forja dinámicas de cambio en la sociedad desde el lazo social.

Según Oscar Madoery (2001), el abordaje del desarrollo desde una mirada compleja implica la necesidad de precisar, significar y situar el rol de los actores involucrados y las características de la organización social que los enmarca. Dado que se vivencia un momento histórico y las decisiones sobre el desarrollo no suceden sin disputas por el sentido<sup>6</sup>, pensar en el campo de la salud pública es fundamental a abrirlo a continuidades y rupturas para entender los alcances y límites de la participación. Los mecanismos de la planificación tradicional ya no pueden “regular” desde la norma, ni el mercado imponerse con total soltura sobre los pueblos. Así, la comunicación aparece como un ámbito y una posibilidad para la construcción de vínculos solidarios que conserven o recuperen rasgos colectivos de identidad conformando la comunidad y constituyendo actores centrales en las discusiones públicas, por ejemplo sobre la participación en la política sanitaria.

Massoni (2008) explica que el concepto de desarrollo se refiere necesariamente a un proyecto de transformación, por lo que cualquier institución que sostenga cierta idea de desarrollo posee además esbozos acerca de qué cambios quiere producir y con qué finalidad. Por otra parte, si se habla del desarrollo como intervención “(...) no solo deberíamos observar la naturaleza en vivo sino que también deberíamos tocarle la cola al león, esto es, manipular nuestro mundo para aprender sus secretos” (Hacking en Cimadevilla, 2005:113).

La idea de *‘manipular nuestro mundo’* implica comenzar a preguntarse por las modalidades y/o las estrategias que conducen a ello. Por ende, referenciar y ubicar a la intervención del desarrollo como acción concreta es entenderla como un proceso supra abarcador inherente a la conformación y devenir de las sociedades (Cimadevilla, 2005). Éstas distinguen entre un estado de realidad deseado y otro no deseado, sobre la base de valores generados, reproducidos e institucionalizados en función de las condiciones de existencia particulares.

Matus (1998) alude que todo proceso de desarrollo se plantea una “dirección”. Pero explica que eso no se trata de un camino llano sino que no deja de afrontar los desafíos comunicacionales que se descubren ante las estructuras y relaciones de poder.

Desde una dimensión política, se analizan las principales concepciones y los debates acerca de la salud como componente y problema del desarrollo. Para reconocer las distintas posturas conceptuales y el rol de los actores, Waisbord señala dos principales enfoques teóricos, tales como el difusionista y el participativo, a la vez que identifica las principales diferencias entre ellos resumidas en el siguiente cuadro:

---

<sup>6</sup>Es interesante lo que propone Hall (1982) con “sentido hegemónico” al vincularlo a lo dominante pero aclarando que no constituye una condición determinista. Lo que, en términos teóricos, podríamos pensar en contradiscurso lo que revisten importancia para el campo de la salud pública con concepciones que emergen del saber comunitario.

Cuadro II. Enfoques de la Comunicación para el Desarrollo

<b><i>Enfoque difusionista</i></b>	<b><i>Enfoque participativo</i></b>
Teorías psicológicas	Teorías sociopolíticas
Abordajes culturales	Abordajes ambientales
Modelos de comportamiento	Modelos sociales
Desarrollo de intervenciones centradas en el individuo	Desarrollo de intervenciones centradas en la comunidad
Modelos de comunicación basados en la jerarquía	Modelos de comunicación basados en la participación
Enfoque de la participación como medio	Enfoque de la participación como fin

Fuente: Waisbord 2000, elaboración del autor

### **Consideraciones finales**

Este capítulo presenta la problemática de la salud desde el enfoque participativo del desarrollo en la comunicación para la salud. Este enfoque brinda sustento teórico para analizar los alcances y límites de la participación comunitaria así como para reconocer las tradiciones dominantes en la comunicación para la salud.

Además se caracteriza un espacio social delimitado: el hospital público regional de la ciudad de Villa Dolores enfatizando algunas condiciones estructurales. Asimismo, se consideran las aristas simbólicas y materiales de la problemática entrelazando lo local, la accesibilidad, y los sentidos de los sujetos para luego posibilitar articulaciones con otras dimensiones y niveles analíticos. Cabe señalar la pertinencia del enfoque participativo del desarrollo en el campo de la comunicación para la salud porque aporta, entre otros aspectos, al debate de la territorialización sanitaria. Así, este capítulo reconoce discursos locales anclados a procesos sociales endógenos en las aristas materiales, simbólicas y relacionales.

Cabe destacar que los antecedentes del enfoque participativo de la comunicación pretenden religar experiencias que articulan las dimensiones de lo cultural y de la identidad. Así, se reconocen discursividades diferentes y experiencias que traducen, con más o menos éxito, la implementación de modalidades participativas en programas concretos de la salud. En ese sentido, el enfoque participativo de la comunicación para el desarrollo articula, entre otras categorías teóricas, el dialogo, la reciprocidad y la apropiación activa e instrumental. Particularmente, el enfoque participativo aborda la salud como fenómeno social y reflexiona sobre las disputas de sentidos entre actores estratégicos que construyen las agendas de los problemas y las políticas sanitarias.

El siguiente capítulo aborda un tema fundamental de la salud pública como lo son las acciones comunicacionales desde una lectura comunicacional en torno a la emisión de las mismas. Para ello, se tendrán en cuenta las articulaciones conflictivas con las diferentes esferas tales como la municipal, provincial y nacional para describir cuales son las variables que operan en las distintas fases del proceso. Una lectura comunicacional compleja nos brindará indicios claros de cómo se delinean componentes y se desenvuelven la toma de decisiones en torno de la selección de los tópicos, contenido, recursos, soportes, mensajes, modos de circulación, entre otros. También se recabará empíricamente en las tensiones, logros y desafíos de la emisión que hace una institución pública que siempre es un portavoz de un Estado y de una política comunicacional.

# CAPÍTULO III

## Una concepción multidimensional de las campañas sanitarias y su comunicación

Este T.F.L procura caracterizar la comunicación entre los actores de una campaña local de salud materno-infantil reconociendo condiciones inhibidoras y facilitadoras de las modalidades participativas. El capítulo anterior presentó una discusión teórica sobre la pertinencia, los antecedentes y los aportes del enfoque participativo del desarrollo en la comunicación para la salud.

El presente capítulo aborda las particularidades de una campaña de salud pública, específicamente, abocada a la lactancia materno-infantil en sus dimensiones institucionales, técnicas y operativas. En ese marco, se considera el rol del hospital público regional como organizador principal en la planificación de una campaña sanitaria a nivel local.

Un primer apartado presenta la concepción multidimensional de las campañas desde teorías y perspectivas de la comunicación. Un segundo eje sitúa la problemática en la realidad empírica debatiendo las fortalezas y debilidades de la situación institucional. Finalmente, se presentan los rasgos característicos de una campaña pública de salud materno-infantil.

### **La campaña de salud en su dimensión institucional**

Según Juan Díaz Bordenave (1992), el concepto de campaña plantea la necesidad de reconocer el creciente uso del mercadeo social por los programas norteamericanos de asistencia técnica en los países de desarrollo. Esta situación evidencia que la matriz del mercadeo social no implica otra cuestión que la aplicación sistemática de las ciencias sociales, en algunas de sus perspectivas, a las campañas tradicionales.

El mismo Bordenave (1992) define a una campaña como un proceso integrado de información que apunta a conseguir que un determinado segmento de la población adopte ciertas ideas o comportamientos. Esta definición presupone un esquema multidimensional de cuatro dimensiones (institucional, técnica, operativa y comunicacional) para analizar toda campaña de comunicación pública en el ámbito sanitario. Este capítulo indagará sobre las características de tres de las primeras dimensiones dejando para el capítulo siguiente el componente comunicacional.

El Hospital Regional de Villa Dolores, como el centro más importante de promoción de la salud del oeste cordobés, genera numerosas acciones comunicacionales en torno a la lactancia materno-infantil. Se encuentra ubicado al oeste de la provincia de Córdoba, sobre la Avenida Manuel Belgrano al 1800 de dicha ciudad. Brinda cobertura aproximada a 100.000 habitantes de las provincias de Córdoba, San Luis y La Rioja. Su *razón de ser* es el acceso equitativo a la salud por parte de habitantes residentes de un extenso territorio interprovincial. Su área de cobertura comprende parte de las provincias de Córdoba (departamentos San Javier, San Alberto y Pocho); San Luis

(departamentos Ayacucho y Junín); La Rioja (departamentos San Martín y General Ocampo). Como hospital estatal, posee las características propias de una organización pública y burocrática.

Cabe afirmar que Villa Dolores es la principal urbanización del departamento San Javier y es, además, el centro económico, social y cultural más importante del Valle de Traslasierra. De acuerdo a los datos del INDEC, en 2010, dicho territorio contaba con 53.520 habitantes y el departamento, a su vez, se divide en 5 pedanías: Dolores, Luyaba, Rosas, San Javier y Talas.

Este único hospital público regional presenta una población de destinatarios con características socioeconómicas y culturales muy diferentes. Es así que se sitúa en un entramado de grupos y colectividades diversos con distintas concepciones sobre la salud, la enfermedad, el cuidado y la recuperación de la salud. Estas concepciones configuran la cosmovisión de las comunidades (Albó, 2004) y entre sus elementos se conjugan creencias, métodos y conocimientos para abordar el problema de la salud y la enfermedad.

“El público usuario de los servicios del hospital es predominantemente clase media y media-baja”, comenta la trabajadora social de la institución<sup>7</sup>. “Suelen venir pacientes mutualizados que luego acuerdan para seguir tratamientos en las clínicas del centro, ya que es común que los médicos atiendan por la parte pública y privada. Pero la gran mayoría de aquí se va con todos los estudios”, agrega la profesional. En general, se trata de personas que cuentan con nivel educativo bajo, en su mayoría, primario o secundario incompleto; no cuentan con empleo formal y tampoco poseen ningún tipo de cobertura social ni abono a la medicina prepaga (Suárez, 2019).

Asimismo, cabe mencionar otros aspectos sustanciales de la cultura organizacional que son propios del hospital regional:

- Las celebraciones: eventos motivados por cumpleaños de integrantes de los equipos de salud, aniversarios o festejos de navidad y/o año nuevo. Como suceden en los horarios laborales, más de una vez se suelen generar instancias dialógicas simples (brindis) entre los compañeros para favorecer la integración del grupo de trabajadores.
- Las carteleras: se emplean para mantener actualizados la grilla de cursos e instancias de formación, proyecciones de films, invitaciones a otros eventos, etc.
- Las actividades de educación para la salud: un ejemplo característico es el trabajo interinstitucional con instituciones educativas sobre programas que abordan la sensibilización sobre el uso de métodos anticonceptivos. “Nosotras hacemos una atención directa en el consultorio, del paciente, sea chico, grande, embarazada, puérpera, pre-post cirugía de cesárea, de quistes de ovarios, de tumores y cuestiones ginecológicas. También cuando estamos en el consultorio, hacemos una atención de prevención y promoción de la salud. Nosotras salimos a la sala de estar y explicamos, por ejemplo, a la embarazada la preparación del pezón; si va ir a cesárea o no; si va ir a cirugía la paciente; que es lo que le va a pasar a grandes rasgos para que tenga una idea” (Suárez, 2019)

Por otra parte, algunos objetivos del hospital son los siguientes:

---

<sup>7</sup>Entrevista realizada a la Trabajadora Social de la institución, en el marco de la Práctica Profesional en Comunicación Institucional y desarrollo (Suárez, 2019).

- brinda servicios de salud en los tres niveles de atención (primaria, secundaria, terciaria).
- atiende tanto emergencias como consultas de rutina.
- se integra con la comunidad a través de la comunicación para la salud.
- respeta todos los enfoques sanitarios de la región de Traslasierra.

### **Misión, Visión y Valores institucionales del Hospital Regional**

La misión de este hospital es brindar la mejor atención médica a toda la comunidad basándose en evidencias científicas. Esto implica contener, proteger y acompañar a los pacientes y sus familias en el proceso de una dolencia física y mental. Esta misión se hace posible por una planta de trabajadores que se capacitan constantemente lo cual favorece el compromiso con la institución.

La visión que sostiene es ser la institución ejemplar en el cuidado y restablecimiento de la salud respetando las tradiciones y saberes regionales. Para ello se requiere que la excelencia en la calidad de la atención sea transversal al trabajo médico.

Asimismo, de dicha visión se derivan los siguientes valores que atraviesan el trabajo de los actores en la institución:

- I. El respeto: alegan sostener una conducta honesta y preocupada por la dignidad de todos los ciudadanos que atienden diariamente realizando el trabajo con integridad y manteniendo al paciente informado del relato médico y bajo secreto profesional.
- II. Eficiencia: es la facultad para lograr el diagnóstico y el tratamiento acertados de los pacientes mediante un proceso de trabajo con uso eficiente de los recursos.
- III. Compromiso: se realizan las tareas focalizando la atención de calidad a todos los pacientes y a sus familiares.
- IV. Trabajo en equipo: se aspira a trabajar respetando las diferencias y protegiendo las relaciones interpersonales con la intención de lograr el éxito colectivo.

### **La campaña de salud en su dimensión técnica**

Para favorecer la lactancia materno-infantil, el hospital regional realiza desde hace más de una década las siguientes acciones:

- Conferencias magistrales (en el mismo espacio físico de la institución) a cargo de especialistas médicos del área de Neonatología.
- Charlas destinadas a toda la comunidad (en instituciones educativas de la región) con el fin de visibilizar la temática y despertar interés en los grupos familiares.
- Programas de educación para la salud sobre cuidados, hábitos y modalidades para iniciar las prácticas de lactancia materno-infantil.
- Realización de spot sonoros que luego son transmitidos por algunas radios de alcance local.
- Conversatorios sobre otros aspectos de la temática y alineados a la mirada institucional tales como el de maternidad/paternidad responsable, y derechos sexuales y reproductivos.

- Informes y publicaciones sobre la temática en el Diario Democracia<sup>8</sup>
- Realización de materiales gráficos: carteles, folletos y afiches.

Desde la institución plantean un lineamiento transversal a toda campaña: que los individuos comiencen a incrementar el control sobre su propio organismo. En este sentido, en trabajos anteriores explicábamos que la institución cuenta con profesionales de la enfermería y de la medicina que pregonan como valor esencial la cercanía con las condiciones sanitarias de los usuarios: conocer sus historias médicas, su acceso al agua potable, si trabajan en condiciones insalubres y cómo son sus planes alimenticios, entre otras cuestiones. Este valor implica reconocer que “es fundamental la educación para la salud y que la información que se le brinda a un paciente, es una herramienta para el propio cuidado de su salud” (Suárez, 2019:20)

Una de las enfermeras comentaba sobre la relación con los pacientes y ante la consulta de sí el usuario suele expresar sus dudas: “te das cuenta en el lenguaje no verbal que no entendió. Cuando vos repreguntas o le pedís que te explique lo que ha entendido, ahí te das cuenta donde tenés que reforzar” (2019). Por otra parte, los médicos consultados enfatizan que en muchos casos también deben adecuar su lenguaje para hablar con los usuarios pues de otra forma éstos no comprenderían los diagnósticos y las prescripciones.

En este sentido, Suárez (2017; 2019) reconoce que el encuentro entre trabajador-usuario se problematiza desde el interior del hospital regional. Esta actividad también sucede en las relaciones entre los médicos y los demás trabajadores de la salud, particularmente con las enfermeras, ya que como se menciona en el capítulo I, bajo el predominio del modelo médico profesionalizante, el trabajador médico posee una jerarquía superior a la de las demás profesiones y a la comunidad de usuarios.

Esta situación puede ser objeto de dos interpretaciones acaso a profundizar en otras investigaciones. Por un lado, solo predominan los desacuerdos y desentendimientos que tienden a ratificar la jerarquía imperante en el hospital. Esto es, un emisor-médico que tiene el saber y un receptor-paciente-pasivo que deviene en mero destinatario de ese saber. Por otro lado, cabe detectar sí hay posibilidades concretas de generar acuerdos y criterios para facilitar la tarea del colectivo dado que los actores comienzan a reconocerse como integrantes del equipo del hospital regional.

Una consulta con el médico dura entre diez y quince minutos. Sin embargo, en la sala de espera y en la guardia ocurren encuentros que suelen ser más prolongados y predisponen a otro tipo de intercambios que rara vez se dan en el consultorio. Por ejemplo, en esos momentos comunicacionales se conversa con los pacientes sobre sus barrios de procedencia, sus ocupaciones laborales, de qué localidad provienen, si han tenido posibilidad de hablar sobre lactancia con familiares que tengan experiencia en la temática, qué representaciones, prejuicios y/o mitos tienen y sí conocen los beneficios de las “buenas prácticas”, entre otros aspectos.

Estos diálogos, advierten los grupos de trabajadores, dan cuenta de la apertura de los equipos de salud y promueven la participación de los usuarios (Suárez, 2019). En esas ocasiones las enfermeras recopilan información sobre las prácticas de lactancia materna, buscando en la mayoría de los casos un encuentro genuino con el paciente con la intención de tranquilizarlos y/o brindarles recomendaciones vinculadas a sus consultas. En ese sentido, una de ellas afirmaba: “nosotras muchas veces

---

<sup>8</sup> El diario DEMOCRACIA tiene una trayectoria de 25 años en la ciudad de Villa Dolores. Es el único medio gráfico del oeste cordobés cuya cobertura a numerosas localidades de la región de Traslasierra.

decodificamos el mensaje del médico. Usamos el lenguaje que el paciente va entender” (Suárez, 2019).

Otra trabajadora médica del hospital reconoció que, en situación de acciones comunicacionales sanitarias, es fundamental la escucha para saber luego cómo adecuar el discurso a las necesidades de la comunidad. Esto es un rasgo emergente de los últimos años ya que los médicos del hospital no contaban con experiencia pues trabajaban con “paquetes” comunicacionales que recibían del Ministerio de Salud de la Provincia. Esto es, mayoritariamente, el personal médico no producía los mensajes, sino que solamente realizaban adecuaciones y ajustes mínimos y esporádicamente desplegaban acciones complementarias. En cambio, durante los últimos diez años desde las distintas áreas se realizan acciones comunicacionales sobre trastornos y enfermedades que son recurrentes.

Según la coordinadora<sup>9</sup> de la campaña, desde entonces, los trabajadores del hospital realizan distintas actividades entre las cuales se pueden mencionar:

- Participar en conversaciones dentro de los consultorios externos con los que cuenta el hospital.
- Colaborar en la organización y disposición de las carteleras que se ubican en la sala de espera y de la guardia.
- Pensar en dinámicas participativas cuando son invitados por autoridades municipales de Villa Dolores o de otras localidades que forman parte de su zona de cobertura. Se apunta a conversar en líneas generales sobre temas que atañen al área de salud materna-infantil y maternidad-paternidad responsable y educación sexual. Según la franja etaria de los asistentes, se diseñan de manera conjunta y colaborativa diversos materiales en formatos audiovisuales, gráficos y/o sonoros. También consideran entre las potenciales actividades año a año, realizar alguna pintura o mural en algún espacio de la ciudad de Villa Dolores.
- Dialogar sobre mitos y beneficios (tanto para las madres como para los hijos) de ejercitar la lactancia materno-infantil. Además, en el área de neonatología se dispone de una batería de folletos y cartelera correctamente visibilizada que, de una u otra manera, posibilitan el dialogo entre los trabajadores y los usuarios. En ese sentido, una de las enfermeras del área explica que es necesario contar “con una mirada empática, interactuar y respetar las diversidades culturales, étnicas, sexuales; respetar concepciones diferentes que hoy están muy en boga, como grupos que adhieren y militan por el parto humanizado y el Movimiento Anti-vacunas” (Suárez, 2019).

### **La campaña de salud en su dimensión operativa-logística**

**E**sta dimensión define cuáles son los recursos que el hospital regional pone en juego a la hora de definir y aplicar la campaña de lactancia materno-infantil. En este caso, cabe señalar que los recursos comunicacionales y tecnológicos utilizados son los siguientes:

- Teléfono fijo y celular: que permiten comunicarse entre los profesionales para acordar formas de trabajo en torno a la campana propiamente dicha. También se usan para generar instancias de trabajo con las distintas instituciones: escuelas, dispensarios municipales y/o de la localidad, entre otras. También se plantea el vínculo con los centros de atención barrial (dispensarios) que dependen de la esfera municipal generando conversaciones para coordinar detalles y mancomunar recursos que aún no acuerdan.

---

<sup>9</sup> Información recopilada en entrevista personal realizada a la Médica encargada del área de Coordinación General de la campaña realizada en Marzo de 2023 por el autor de esta investigación.

- Computadoras de escritorio provistas de wifi (internet inalámbrico) que favorecen los mensajes electrónicos con los coordinadores de los dispensarios y localidades de la región como Luyaba<sup>10</sup>, invitados en la última edición de la campaña de 2022.
- Registro de consultas: figuran los datos recopilados en la guardia sobre los usuarios que consultan sobre lactancia o temas fines. Este documento identifica la edad, el tratamiento, el motivo de consulta, las sugerencias oportunamente brindadas por el personal, si la persona ya había asistido al centro médico y si se encuentra sola o acompañada. En los cambios de turnos, este registro suele ser la guía para observar y conocer en profundidad a los usuarios.
- Encuentros informales: estas instancias de comunicación interpersonal favorecen el logro de los acuerdos en vías lograr un trabajo organizado y eficiente entre todos los trabajadores del hospital.

En segundo lugar, como explica la coordinadora –médica de profesión y encargada del área de neonatología- se emplean otros materiales y actividades de comunicación no menos importantes:

- Afiches
- Charlas a cargo de trabajadores médicos y trabajadores enfermeros
- Folletos
- Carteleros: elaboradas por el grupo de trabajadores del hospital regional y del Ministerio de Salud Provincial.
- Fotos/Ilustraciones
- Software: PowerPoint., Programas de edición sonora, Word.

En tercer lugar, se identifican los siguientes roles del equipo de trabajo para la salud:

- Médicos: son clínicos y/o especialistas que se desempeñan en la misma área de Neonatología del hospital y comúnmente establecen diálogos con trabajadores de las demás áreas.
- Enfermeros: realizan sus labores también en el área de Neonatología. Vale señalar que no todos los trabajadores que pertenecen a dicha área participan en la campaña, ya que se trata de una labor operativa. Por ende, solo algunos de los trabajadores del área participan en las acciones comunicacionales.
- Trabajador Social: un único profesional, también invitado a participar de la campaña, dado su conocimiento sobre los grupos familiares en el terreno. Aborda temas de suma complejidad y acompaña a los sectores más vulnerables y a los grupos familiares que padecen situaciones de violencia, de desempleo y de consumo problemático.

¿Quiénes son los responsables y emisores de la comunicación implicados en las campañas? Generalmente los directivos del hospital toman las decisiones más importantes y comunican sus proyectos a través de los medios radiales, televisivos y/o gráficos de la región.

En general, se reconoce que la mayoría de las campañas remiten a la conmemoración del aniversario de descubrimiento de alguna enfermedad. Esa referencia “histórica” condiciona el tema y fecha de realización de muchas de las campañas que “*bajan*” desde las áreas ministeriales y/o se gestan desde el hospital. Como se anticipó, los directivos comúnmente definen los lineamientos de la comunicación: fijan las

---

<sup>10</sup> Se trata de una localidad ubicada en la provincia de Córdoba la cual cuenta con 2346 habitantes. Solo cuenta con un centro de asistencia sanitaria en donde los médicos atienden en días de semana.



modalidades, los objetivos, las estrategias, etc. O, en su defecto, deciden los jefes de cada área, en nuestro caso el área de Neonatología). Los responsables adoptan las decisiones de manera unilateral respecto al diseño y a la concreción de las estrategias comunicacionales: qué se dice, cómo se dice, a través de que ámbitos de circulación, etc.

No obstante, en la última edición de la campaña de lactancia se propusieron objetivos y modalidades de trabajo novedosas, por ejemplo, iniciar la producción de contenidos y estrategias propias. Para ello, se conformó un grupo de trabajo integrado por dos trabajadores médicos y cuatro trabajadores enfermeros.

Asimismo, a decir de la coordinadora, los momentos y espacios destinados a la planificación de la campaña suceden “entre bache y bache que tenemos; a veces no lo podemos planificar y si lo hacemos comúnmente surgen urgencias que la entorpecen”. Esta profesional también destaca que “estas tareas comunicacionales no son remuneradas, sino que se agregan a las que habitualmente realizan en la rutina laboral”.

Los esfuerzos recientes, orientados a generar condiciones propicias para la producción de mensajes propios, intentan subsanar la “*falla comunicacional*” histórica de la institución: los directivos tienen mayor información que los demás actores institucionales pues permanecen en comunicación constante con las autoridades ministeriales (provincial o nacional). Esta situación muestra que el Hospital regional no cuenta con lineamientos institucionales explícitos que estén a disposición de todos los profesionales y que especifiquen criterios de “*buenas prácticas*” a la hora de elaborar acciones comunicacionales.

Por otra parte, la definición de los públicos de la campaña considera lo siguiente:

- Público interno: integrado por personal de maestranza, de limpieza, del taller, secretarias/os, enfermeras (auxiliar de enfermería, enfermera profesional y licenciada en enfermería), médicos especialistas (dependiente de su área) y autoridades (director y vicedirector).
- Público externo: integrado por la comunidad de cobertura; medios de comunicación; dispensarios y ministerios de salud provincial o nacional); proveedores de medicamentos e instituciones educativas y especialmente por las madres primerizas que recurren a los servicios del área de Neonatología.

Según la coordinadora de la campaña de lactancia materna, el Hospital de Villa Dolores no tiene definido un lineamiento institucional para acercarse a la comunidad dentro de los planes de comunicación. En consecuencia, se suele improvisar y la actividad queda supeditado, más de una vez, a la intención y, sobre todo, a las posibilidades de los trabajadores. Desde el marco institucional, comúnmente se incurre en modalidades de comunicación más bien clásicas como son las charlas de especialistas, cartillas, carteles, etc. No es común que visualicen y/o implementen otras alternativas participativas y dialógicas con respecto al usuario.

En ese escenario, la coordinadora de la campaña afirma que su grupo de trabajo en Neonatología se ubica en una vereda diametralmente opuesta. Así, buscan superar el formato de aquellas charlas –una práctica bastante habitual- que tienden a reproducir el esquema de comunicación - vertical, asimétrico y muchas veces difusionista- que se da en el consultorio y caracteriza mayoritariamente a las relaciones entre los trabajadores de la salud y los usuarios. Dicho dispositivo implica la figura del trabajador médico como emisor privilegiado que detenta el saber frente a un receptor

pasivo –depositario de dudas- que se espera acepte literalmente aquello que le es dicho y dado. Se trata de un ejercicio de transmisión de información que acontece de manera descontextualizada, donde solo importa el conocimiento científico que relega los saberes del terreno y los condicionamientos (y diferencias) socioculturales y psicosociales que inexorablemente intervienen en todo proceso de interacción.

En ese sentido, relevamientos anteriores (Suárez, 2017) indican que un gran porcentaje de la comunidad de usuarios considera que las campañas no tienen en cuenta los intereses, las demandas y las necesidades de las madres del barrio. Esto es al menos llamativo si se considera que toda campaña apunta a una proporción amplia de la población y responde a las necesidades de los públicos destinatarios.

### **Aproximaciones a la condición institucional de la campaña local de salud**

**E**l hospital regional es una organización característica que reposa en grandes estructuras, donde participan al menos 200 trabajadores que realizan labores que implican desde el cuidado primario hasta tareas de alta complejidad (Suárez, 2017). Dicho espacio no está exento de tensiones y (des)encuentros comunicacionales, pues como señalan Díaz y Uranga (2011), las instituciones de salud pública frecuentemente presentan una escasa conexión entre sus áreas, circulación defectuosa de la información y canales verticales que tienen baja llegada en los integrantes.

Con una historia de continuidades y rupturas, el hospital regional se fundó en 1966 de la mano de organismos de beneficencia ligados a la iglesia católica local. Allende y otros (2006) explican que hay tres etapas en la historia de la institución que ocasionaron modificaciones sustanciales, a saber: cambios de autoridades, de sedes y edificios, pasando por reformas en la comunicación para la salud así como auditorías e intervenciones de gestiones autoritarias propias de las dictaduras que atraviesan las sociedades latinoamericanas.

Así, hasta llegar a la década de los '90, momento bisagra en la historia del sistema sanitario argentino dada la transferencia de la administración sanitaria desde la Nación hacia las esferas provinciales, en este caso, la provincia de Córdoba. Como lo explica Montoya y Willington (1999), el subsistema de salud pública ha tendido a una progresiva descentralización que se aceleró en la década de los 90.

Durante el XIII Congreso Argentino de Salud, celebrado en el 2010, la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas sostuvo que el 65 por ciento de la tecnología médica, (aparatos de diagnóstico, medicinas nuclear, tomógrafos, resonadores, ecógrafos), se concentran en un radio de 60 kilómetros del centro de la Capital Federal. Lo que demuestra, de modo claro, el modelo centralista que también se repite en estos temas.

Entonces, Argentina es un país federal pero la salud es una competencia provincial. Incluso los municipios tienen decisiones autónomas en temas de atención primaria de la salud. Para Stolkner (2006), la combinación entre el federalismo y la descentralización de los años 90 obstaculizó la aplicación de políticas públicas uniformes que garantizarán derechos similares al conjunto de la población. Por ejemplo, en el caso de las campañas de comunicación, y especialmente de Atención Primaria de la Salud, se advierten simetrías en el acceso a los recursos materiales, relacionales y simbólicos. Por ejemplo, la diferencia de recursos que puede existir entre los grandes centros urbanos y localidades pequeñas o del interior de la provincia de Córdoba, como es el caso de Villa Dolores.

Según las cifras oficiales consultadas en un medio provincial<sup>11</sup>, en Córdoba durante el 2019 el gobierno destinó a la salud pública, de una proporción del 7,8 por ciento del total de sus recursos; el más bajo registrado en la última década, que significa 19.836,4 millones de pesos para un extenso territorio con más de tres millones de habitantes. En el 2018 se asignó el 8,1 por ciento; en el 2017, el 8,5 por ciento.

Esta problemática afecta y se instala con mayor predominancia en la región latinoamericana. Según cifras consultadas en un diario digital 300.000.000 de personas no logran acceder a la atención sanitaria por motivos de tipo financiero y/o barreras geográficas. En la Argentina, donde el sistema de salud presenta rasgos marcados de segmentación, fragmentación y descentralización y bajo comandos provinciales, la situación se agudiza aún más. Según las estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud, durante el año 2020, 3 de cada 10 personas se atiende en instituciones que pertenecen al sistema público. Esto es lo mismo que decir que más de un 30 por ciento de la población acude a instituciones como los hospitales o dispensarios o distintos centros de salud públicos por consultas variadas entre las cuales, según se sospecha, abundan consultas con respecto a la lactancia materno-infantil.

Durante el año 2020, y a consecuencia de un suceso inédito como la pandemia del Covid 19, el ajuste sostenido en el presupuesto sanitario se tomó una pausa en la provincia. Esto se debió a la reasignación de recursos, como fue el fondo de emergencia (1.200 millones de pesos) y a incrementar los recursos humanos en los hospitales. El presupuesto final del último año era de 27.628 millones, pero con ese aumento inusual, dado la emergencia sanitaria, alcanzó 28.828,3. Lo que representa un 8,6 por ciento, un porcentaje mayor en comparación con el 2017 pero menor con respecto al año 2016 con el (9,3 por ciento). Esta inversión se destinó a los tres niveles de atención sanitaria: primario, secundario y terciario.<sup>12</sup>

Es oportuno dilucidar las acciones que se desarrollan en cada nivel sanitario. El nivel primario hace referencia a medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores condicionantes. El nivel secundario hace eje en el diagnóstico precoz de las enfermedades: la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado son esenciales para el control de la enfermedad. Por su parte, en la prevención terciaria, las acciones están más orientadas a la rehabilitación de una enfermedad ya manifiesta, con el fin de mejorar la calidad de vida e inserción social.

El entramado de trabajadores del hospital comprende al personal de maestranza y del taller, secretarios y secretarias, trabajadores enfermeras/os, y trabajadores médicos/as. Estos trabajadores se abocan a diez áreas distribuidas con las denominaciones siguientes: enfermería; pediatría y neonatología; clínica médica; cirugía general; emergencias; administración; farmacia; rehabilitación; diagnóstico por imágenes e infraestructura y limpieza de residuos.

El área de Neonatología diseña las campañas de comunicación sobre la lactancia materno- infantil. Allí participan, como se mencionó en el apartado anterior, trabajadores de la medicina y la enfermería únicamente. Importa señalar que en el hospital regional de Villa Dolores no se desempeña ningún profesional de la

---

<sup>11</sup> Disponible en: [http://www.la\\_voz.com.ar//ciudadanos/presupuesto-en-salud-coronavirus-freno-ajuste](http://www.la_voz.com.ar//ciudadanos/presupuesto-en-salud-coronavirus-freno-ajuste)  
Consulta: 08/02/2023

<sup>12</sup> Cuando se habla del nivel primario, se refiere a “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS citado en Vignolo, 2011: 12)

comunicación, a pesar de que hay varios antecedentes en la provincia de Córdoba que retratan el trabajo precursor de Comunicadores Sociales en ámbitos institucionalizados de la salud pública, como es el caso de hospital “Aurelio Crespo” de Cruz Del Eje.

### **Rasgos de una campaña pública de salud materno-infantil**

**A**l relevar todas las acciones comunicacionales que realiza el hospital regional se constata un abanico amplio de temáticas, así como de modalidades y estrategias empleadas. En los últimos veinte años, entre algunas de las acciones realizadas se pueden mencionar las siguientes:

- I. “Como evitar el Dengue, Zika y Chikungunya” (con sus síntomas y prevención de las picaduras);
- II. “Paludismo” (postulando que Argentina es un país libre de dicha enfermedad);
- III. Día Internacional de las Personas con Discapacidad (3 de diciembre)
- IV. “Por una Argentina sin Chagas” (síntomas e información sobre enfermedades vectoriales, análisis gratuitos, y diagnósticos);
- V. Día Internacional del Trasplante (27 de febrero).
- VI. “¿Quiénes deben vacunarse y quienes no contra la Fiebre Amarilla?”
- VII. “Chau Polio” (reemplazo de la vacuna Sabin Oral Trivalente, por la Sabin Oral bivalente y se incorpora la vacuna inyectable Salk, que es trivalente);
- VIII. “Actividad física y salud infantil”
- IX. “Violencia de Genero”.
- X. “Detección de Cáncer de Cuello de Útero”
- XI. “Programa de adolescencia”.
- XII. “Programa de Salud Sexual y Reproductiva”
- XIII. “Diversidad Sexual”.
- XIV. “Paternidad Responsable”.
- XV. Día Mundial de Lucha contra el SIDA (1 de diciembre).
- XVI. “Uso de preservativo”.
- XVII. “Formación de grupos en Pre-Parto”
- XVIII. “Consumo responsable de alcohol”
- XIX. Día Mundial de la Osteoporosis (20 de octubre)
- XX. “Suicidio adolescente”
- XXI. “Prevención de las hepatitis B-C”
- XXII. “Alimentación Saludable”.
- XXIII. “Cuidémonos en invierno” (consejos para prevenir las enfermedades invernales).
- XXIV. Día Mundial del Glaucoma (12 de marzo).
- XXV. Día Mundial del Alzheimer (21 de septiembre).
- XXVI. “Anticonceptivos gratis” (información sobre el acceso a métodos anticonceptivos gratuitos en el hospital).
- XXVII. “Cuidados en el verano” (recomendaciones en casos de tormentas eléctricas veraniegas).
- XXVIII. Día Mundial del Parkinson (11 de abril)
- XXIX. Día mundial de la Hepatitis (28 de julio)
- XXX. Día mundial de la Salud Mental (10 de octubre)
- XXXI. “Campaña Nacional de Vacunación de Sarampión y Rubéola”.

Asimismo, durante la campaña de lactancia los trabajadores realizan una serie de reuniones informales para discutir sobre la elaboración de los contenidos a difundirse en los distintos soportes. Como explicara la coordinadora en el apartado anterior, estos espacios solamente sucedían siempre y cuando los actores pudiesen coincidir

en sus agendas laborales disimiles. Cuando acontecían, esos momentos comunicacionales sucedían en algunos espacios físicos de la institución tales como:

- I. Sala de hombres
- II. Sala de mujeres
- III. Hemoterapia
- IV. Salas de Pediatría
- V. Consultorios externos
- VI. Administración de residentes
- VII. Galpón de la Farmacia
- VIII. Espacios verdes
- IX. Zoom de ingreso
- X. Espacio físico de la Guardia
- XI. Sala de espera

En ese marco, los servicios ofrecidos por el área tienen que ver con promover la interconsulta con los equipos de las otras áreas siempre y cuando ello fuese necesario y sume al trabajo. En ese sentido, la coordinadora explicaba que tratan de “de incluir y revalorizar la interacción cara a cara con las pacientes porque no es común que vengan a una consulta solamente por cuestiones de la lactancia materna. Debemos apuntar a que sí lo hagan, que no se trata de un tema secundario y que es importante aprender sus buenas prácticas” (2023). Entre algunas de las actividades que lleva adelante el área de Neonatología aparecen:

- ✓ La atención permanente
- ✓ Consultas en laboratorio
- ✓ Consultas en Servicio de rayos x
- ✓ Agenda de turnos en Quirófano
- ✓ Acompañamiento a la Unidad de cuidados especiales
- ✓ Provisión de medicamentos
- ✓ Aportes de Bioestadística
- ✓ Atención en Asistencia social
- ✓ Información en Salud mental
- ✓ Charlas a la comunidad mediante programas
- ✓ Sensibilización en temas de Nutrición

Uno de los supuestos del presente estudio de investigación señala que un mayor uso de estrategias comunicacionales tendería a favorecer las acciones de sensibilización sobre la lactancia materno-infantil. En ese sentido, la coordinadora deja en claro que se recurre al empleo de distintos soportes tales como: “afiches, folletos y elementos

sonoros. Además, según mi entender son muy importantes aquellos encuentros que suceden entre los médicos y/o los enfermeros con los pacientes, aunque parezcan ser superficiales o de rutina porque allí se comienzan a conocer”.

Asimismo, la profesional explica que gran parte de los usuarios tienen un conocimiento reducido sobre lactancia materno-infantil. Tras décadas de experiencia laboral institucional, reconoce que hay allí un desafío comunicacional importante:

“Por un lado están las mamás primerizas con las cuales tenemos un seguimiento y más confianza porque se mantienen en contacto con la institución -vienen a preguntar por vacunación a sus hijos o porque traen dudas ginecológicas-. En cambio, el problema es con aquellos pacientes que asisten únicamente por problemas agudos y dejan de acudir una vez que se recuperan”.

### **Consideraciones finales**

**E**n este capítulo se intenta presentar la campaña como estrategia sanitaria pública que enmarca las acciones comunicacionales. Desde una perspectiva multidimensional se aporta a la descripción de las dimensiones institucionales, técnicas y operativas.

En el siguiente capítulo se aborda todo lo relativo al componente comunicacional de la campaña. Ello contempla la dimensión estratégica de la comunicación para la salud, es decir, el análisis de la campaña en sus modos, medios y géneros.

# CAPÍTULO IV

## La comunicación para la salud en su dimensión estratégica

Este T.F.L caracteriza la comunicación entre los actores de una campaña local de salud materno-infantil reconociendo condiciones inhibidoras y facilitadoras de las modalidades participativas. En ese marco, los capítulos anteriores dan cuenta de la discusión teórica sobre la pertinencia, los antecedentes y los aportes del enfoque participativo del desarrollo en la comunicación para la salud y las particularidades de una campaña de lactancia materno-infantil desde una concepción multidimensional.

Este capítulo pretende una descripción empírica del componente comunicacional de la campaña de salud materno-infantil. La descripción contempla la dimensión estratégica de la comunicación para la salud, es decir, el análisis de la campaña en sus modos, medios y géneros empleados. Dicha campaña se realiza desde hace diez años, o sea que permanece en la agenda de la institución y, a la vez, inaugura una instancia de coordinación entre las arenas del poder municipal y provincial –con diferencias partidarias históricas en la región de Traslasierra- para coordinar los recursos y lograr la culminación de la campaña local.

Se toman dos puntos de partidas en el capítulo. Por un lado, se supone que una mayor riqueza de las estrategias de comunicación sanitaria depende de una mayor articulación entre modos, medios y géneros de la comunicación. Por otro lado, se asume el planteo teórico de Jaramillo (2012) que concibe a la comunicación como eje de articulación de sentido y no como instrumento vacío que solo se reviste de importancia al momento de difundir los mensajes. De esta manera, se propone una comprensión estratégica de la comunicación para discernir los modos, medios y géneros en una campaña que se reitera en el hospital regional así como para reconocer las características que revisten sus componentes –comunicacional, técnico, logístico y administrativo-.

En líneas generales, el enfoque sanitario ha entendido a los receptores como beneficiarios pasivos y, por ende, no los considera participantes en las etapas de planificación dejando de lado los conocimientos y saberes propios del territorio. En cambio, con un objetivo ambicioso, la campaña de lactancia materno-infantil 2022-2023 apunta justamente a reconocer las voces de los usuarios como mecanismo de comunicación.

El capítulo aborda un reconocimiento descriptivo y analítico de la campaña a partir de la metodología cualitativa. Corresponden a este método el relato y las apreciaciones de los sujetos que participan en los distintos momentos de comunicación de la campaña, de manera de recabar en las intenciones y motivaciones que tienen a la hora de diseñar, implementar y eventualmente evaluar las acciones comunicacionales.

### **Comunicación y desarrollo**

Es conveniente detallar algunos aspectos de la relación entre la comunicación social y el desarrollo para profundizar las ideas generales sobre el desarrollo y, en

particular, el enfoque participativo de la comunicación para el desarrollo para la salud ya abordadas en el primer capítulo.

Desde la perspectiva de Gustavo Cimadevilla (2008), el desarrollo se entiende como una forma de intervención que busca modificar estados de la realidad protagonizados por diversos actores (Cimadevilla en Thornton y Cimadevilla, 2008). El desarrollo presupone un cambio que resulta necesario para un futuro mejor y esa parecería ser la razón central de la idea motora de un concepto polisémico que está en disputa.

La problematización alcanza, además de ese futuro deseado, a las modalidades de intervención, los saberes y los poderes dispuestos en el juego para alcanzar el desarrollo (Bruno, 2011). Estas discusiones, descritas en el capítulo I, también se presentan en la esfera específica de la comunicación para la salud entre los proyectos e intervenciones de los enfoques de la comunicación para el desarrollo, llegando a acentuadas diferencias entre las contrapuestas concepciones, propósitos, medios y miradas de la comunicación.

El recorrido de los modelos y los paradigmas de la comunicación para el desarrollo es sistematizado por Waisbord (2000) quien explica que este campo disciplinar, desde finales de la década de 1960, se dividió en dos grandes enfoques: uno que revisó aunque más que nada continuó las premisas y objetivos de las teorías de la modernización y la difusión, y otro que postuló una visión participativa de la comunicación en contraste con las teorías centradas en la información y el comportamiento.

En América Latina, por otra parte, la comunicación para el desarrollo mostró una particularidad pues comienzan primero experiencias que priorizan la práctica antes que la teoría de la investigación en la comunicación para el desarrollo. Entre el último tercio de la década de 1940 y 1950 se despliegan algunas acciones, según se dijo en el capítulo I, que llevaban de manera inherente instancias de recepción-reflexión-decisión- y acción colectiva (Beltrán, 2005).

Por otra parte, la perspectiva que primaba en los primeros modelos teóricos de los años de 1950 y 1960 otorgaba mayor significancia al emisor y al medio (Servaes; Malikhao, en Carniglia 2010) y concebía al proceso comunicacional como un mensaje dirigido por el emisor hacia el receptor en donde justamente culmina un proceso unidireccional. En ese escenario que la comunicación toma ribetes difusionistas de la información. Esta idea muestra la funcionalidad de la comunicación con respecto al desarrollo que se relaciona con las tareas de, "involucrar valores e información modernos a través de la transferencia de tecnología de información y comunicación y la adopción de innovaciones tecnológicas y pautas culturales originarias del mundo desarrollado industrial" (Waisbord, 2001: 4).

Desde los años de 1970 emergen voces que discordaban con el valor de la información para la toma de decisiones políticas vitales para el desarrollo de un proyecto de índole nacional (Bruno, 2011) con un trasfondo de críticas a la cultura popular foránea y al imperialismo cultural. Es allí que la comunicación se enfoca en el receptor, en el mensaje, y en el intercambio de significados como así también en las relaciones sociales creadas por la comunicación, las instituciones y el contexto. En otras palabras, se focaliza el intercambio de sentidos y se relega en segundo plano a la persuasión propia del modelo de difusión. Además, se pone en escena la importancia de problematizar aquellas desigualdades ocasionadas por el modelo capitalista occidental ya que, como explica Bruno (2011), las personas adoptarán novedosas actitudes y comportamientos una vez que tengan condiciones y oportunidades.



De este modo, explica Waisbord (2001), hay diferencias entre las teorías y los enfoques –ver el Cuadro I del capítulo I- al tiempo que existen cinco puntos de convergencia entre las perspectivas difusionista y participativa de la comunicación para el desarrollo.

Uno de estos consensos reconoce la “caja de herramientas” compartidas entre ambas tradiciones. Otro de los puntos afines es la necesidad de “voluntad política” para la comunicación específica. Un tercero destaca que la comunicación para el desarrollo debería ocuparse del proceso comunitario y no solamente de la instrumentación de resultados específicos, situación que suele delinarse bajo el paradigma tradicional (Waisbord, 2001). Otra idea de convergencia es la integración de los enfoques de “arriba hacia abajo” y “de abajo hacia arriba” mientras que otro consenso propone la articulación entre la comunicación multimedia e interpersonal como otra arista común (Waisbord, 2001). En ese sentido, se sugiere la escucha y el intercambio de opiniones entre una diversidad de fuentes que coexistan junto a las mediatizaciones tradicionales. Finalmente, se propone la combinación de los enfoques personales junto a los ambientales dado que las exitosas iniciativas sirven para dejar en claro que se deben utilizar canales múltiples y diversos: “ya que los medios solo tienen efectos poderosos indirectos mediante la estimulación de la comunicación entre pares que hace posible que los mensajes entren en las redes sociales y formen parte de las interacciones diarias” (Waisbord, 2001:37).

Se concibe a la comunicación para el desarrollo, desde los puntos de convergencia presentados en el capítulo I, como una superación de los modelos de transmisión de información sólo centrados en el refuerzo o el cambio de comportamientos. En ese sentido, Carniglia y Galimberti (2009) reconocen el compromiso de los intelectuales del campo de la comunicación para el desarrollo en el debate sobre cuál es el rol de la comunicación en la dinámica de la dimensión participativa del desarrollo.

En ese mismo sentido, Alfaro (2002) plantea que toda acción de desarrollo presenta acciones intersubjetivas que son bien diversas y cargadas de complejidad. Así, toda propuesta de acción debe considerar las potenciales relaciones subjetivas con las respectivas instancias de planificación y gestión. Solo así podrán tener incidencia las representaciones individuales y colectivas de una comunidad acerca de un problema específico.

Por esa razón, el debate actual en el campo del desarrollo conlleva a pensar en la *opacidad* de los rasgos propios de los territorios, según se aborda en el capítulo I. Como explica Bruno (2011), la dimensión cultural es de suma importancia en la teoría y la práctica de problemáticas sociales, como la cuestión de la salud, sin eludir las demás dimensiones que se vinculan a la economía, la sociedad y la política.

En ese sentido, la teoría y práctica de la comunicación para el desarrollo, como explican Carniglia y Galimberti (2009), consideran los universos simbólicos y materiales de los destinatarios en toda acción estratégica con intenciones de cambio sociocultural. Es más, estos universos operan como una condición de posibilidad de éxito en el diseño de las estrategias de intervención. Este reconocimiento resulta primario a los fines del presente trabajo que describe las acciones de la comunicación y las variantes más o menos participativas entre los actores de una campaña local de salud.

En esa misma línea de pensamiento, Uranga (2008) explica que en lo local se prioriza la construcción de sentidos colectivos, culturales y comunicacionales que fortalecen lazos sociales, reafirman identidades y favorecen acuerdos. Estos sentidos permiten, además, la construcción colaborativa y asociada de objetivos comunes para

convertirlos en pilares de la estrategia de desarrollo pensada con fines de transformación social.

Si todo modelo de desarrollo conlleva una idea deseable de futuro, la comunicación en su dimensión estratégica resulta necesaria dado que es “el momento relacionante de la diversidad sociocultural y, por lo tanto, el espacio del cambio, de la transformación (...), el espacio estratégico para generar acción” (Massoni, 2008:87).

En ese sentido, la autora (2021) explica que la comunicación estratégica aborda el encuentro sociocultural, el cual luego forja y propicia los procesos de cambio social. Entonces, las preguntas a responder en el siguiente apartado son: ¿A qué se refiere el concepto de estrategia en comunicación social? ¿Qué implica hablar de la dimensión estratégica en comunicación?

### **Comunicación y planificación en las campañas**

Seguendo a Rice y Atkin (1996), podemos definir a las campañas de comunicación pública como: 1-Intentos con el objetivo de, 2-informar, persuadir, o motivar cambios de comportamiento, 3- en una audiencia relativamente importante y bien definida, 4- generalmente en beneficio no comercial de los individuos y/o sociedad en general, 5- normalmente dentro de un periodo determinado de tiempo, 6-por medio de actividades de comunicación organizadas en las que participen los mass media, y 7- a menudo complementadas por el apoyo interpersonal. Además, toda campaña constituye una forma de intervención dentro de un contexto complejo y permanente de comunicación dado que no existen acciones aisladas, sino dentro de un conjunto de prácticas comunicacionales y conocimientos sobre salud (Petracci y Waisbord, 2011).

En ese marco, surgen algunas apreciaciones teóricas que sugieren considerar las necesidades e inquietudes de los usuarios. En este sentido, se resalta la importancia de elaborar los mensajes a partir de los valores de base del público destinatario, en vez de trasladar, de manera acrítica, los criterios de la publicidad comercial a la prevención de la salud (Petracci y Waisbord, 2011). Generalmente el enfoque sanitario ha entendido a los receptores como beneficiarios pasivos y, por ende, no los ha considerado participantes en las etapas de planificación dejando de lado los conocimientos propios del territorio. Así, en un objetivo ambicioso, la redefinición de la campaña del hospital regional sobre lactancia materno-infantil 2022-2023 apunta justamente a reconocer las voces de los usuarios como mecanismo de comunicación.

En el escenario teórico de las campañas públicas, la “planificación”, a decir de Bordenave (1992), es otro concepto central dada su densidad teórica. Lavallo, citado por Carlosena y otros (2018: 20), explica que en los comienzos del siglo XXI se vuelve a revalorizar la planificación en todas las organizaciones públicas “con una orientación hacia concepciones estratégicas y fórmulas más participativas en sus distintas fases, tanto en la construcción de imágenes objetivo como en los planes para alcanzarlos y en su ejecución”.

No obstante, como explican Campbell y Scott (2012), la comunicación para la salud fue impulsada por los modelos de comportamiento basados en la cognición social. Desde esas perspectivas, se entiende a los seres humanos como actores racionales capaces de tomar decisiones sensatas en base a la información y los datos sólidos.

Estos modelos, en términos comunicacionales, se caracterizan por la difusión informativa realizada desde un emisor –trabajadores de la salud- hacia un receptor – usuarios de servicios-. Sin embargo, la información en sí misma no determina por sí sola ni en última instancia los comportamientos

Según se dice en el capítulo I, no se trata de pensar solamente en la intención de los mensajes para modificar hábitos de manera individual y social. Es muy importante considerar otros factores constitutivos de la condición social de los usuarios del sistema de salud tales como el acceso a la educación, a la vivienda, al trabajo formal, etc. Virar, de esta manera, hacia un enfoque contemplativo de aquellas variables históricamente ignoradas de sobremanera en la salud y en la comunicación de los sectores más vulnerables.

En ese sentido, Nancy Fraser (en Bruno y Guerrini, 2014) explica que el reconocimiento recíproco es parte integral de la ciudadanía actual. Ello implica el derecho a informar y a ser informado, a pronunciarse y a ser escuchado como rasgos fundamentales para integrarse al diálogo y debate colectivo.

Entonces, se problematiza la participación en la salud para interrogarse por tres dimensiones: el reconocimiento y la inclusión de los mundos materiales (condiciones concretas de existencia), relacionales (vínculos humanos con diversa institucionalización) y simbólicos (matrices de sentido) de los pacientes. En este sentido, Fraser (en Campbell y Scott, 2012) explica que las élites privilegiadas dominan la esfera pública en aquellas sociedades que se caracterizan por la desigualdad, como las de Latinoamérica,.

En ese marco, la autora (en Campbell y Scott, 2012) dice que los grupos vulnerables carecen de herramientas para participar en procesos decisorios porque carecen de legitimidad social dada la marginación histórica que han padecido. Por ese motivo, plantea el concepto de “*contra-públicos*”, con el cual sugiere planificar espacios seguros, y separados, en donde los grupos marginados conciben –y ensayen- sus propios argumentos y miradas críticas en torno al poder social simbólico y material de la élite. Es a través de esa reflexión, que los grupos vulnerados pueden entender por qué, entre sus propias posturas, emergen aquellos juicios que defienden los intereses de la clase social dominante y no los propios.

En este sentido, se focaliza la planificación siempre atendiendo a los nexos con la comunicación y los aportes que realiza al diseño estratégico de una campaña local de salud pública. Poggiese (2011) explica que la *planificación participativa* alude a la posibilidad de gestionar diferentes conjuntos sociales con la intención de desplegar procesos de toma de decisiones de carácter grupal y participativo.

En un sentido afín con la idea de estrategia, Pérez (2001:158), explica que “la planificación y la organización son elementos básicos de la metodología estratégica pues si no se planifica, la estrategia quedaría en proyecto”. Ambos conceptos –el de estrategia y el de planificación- tienen algunas similitudes que suelen traer confusiones, por ende, no se puede de dejar de diferenciarlos conceptualmente:

- La planificación tiende a basarse en proyecciones de datos actuales a X años. Mientras que la estrategia imagina y diseña escenarios de futuro.
- La planificación prioriza el desarrollo por expansión de las actividades existentes en detrimento de nuevas actividades.
- El análisis del entorno en la planificación se basa en variables económicas y tecnológicas obviando las variables psico-socio-político-culturales pese a que estas variables tendrán una importancia cada vez mayor).
- La planificación está construida sobre hipótesis de estabilidad relativa que quedan desmentidas por los hechos.

- La planificación enfoca la atención sobre las relaciones empresa-entorno, bajo la hipótesis básica de que la configuración interna de la empresa u otra organización permanecerá esencialmente sin cambios en vez de plantear los cambios estructurales necesarios (Ansoof y Hayes en Pérez 2001).

En el marco de la comunicación para la salud y, específicamente en las campañas locales de salud desarrolladas en el hospital regional de Villa Dolores no se conocen antecedentes de estudios enfocados en los procesos y resultados hasta ahora alcanzados así como en las características y experiencias de los públicos destinatarios. Por lo general, la toma de decisiones no se sostiene en una matriz de conocimiento científico que sistematice las expectativas y necesidades de los usuarios y que además legitime las intervenciones de quienes planifican y/o ejecutan la campaña.

En síntesis, la comunicación para la salud puede constituir distintos proyectos de índole transformadora ya que tiende a favorecer la producción de intercambios e ideas. Como explica Jaramillo (en Uranga, 2011), el mejor aporte posible reside en la construcción de escenarios de encuentro, concertación y participación para crear consensos y propósitos colectivos. El interrogante que surge ahora es: ¿Qué características presentan los modos, medios y géneros de la comunicación de una campaña de salud local a cargo del hospital regional?

## **La comunicación y la dimensión de la estrategia**

Estos interrogantes suponen a la comunicación para el desarrollo como capaz de brindar, al menos en parte, algunas respuestas iniciales. En ese sentido, es sugerente el aporte de Massoni (2007) en la conceptualización de la comunicación y de las vinculaciones entre los conceptos de comunicación, estrategia y desarrollo:

*“La comunicación es el lugar privilegiado donde ocurre el proceso complejo y permanente de producción del sentido social”*

Es la comunicación, *“el momento relacionante de la diversidad sociocultural y, por lo tanto, el espacio del cambio, de la transformación (...), el espacio estratégico para generar acción”*.

*“Es la comunicación, un fenómeno esencialmente intersubjetivo de producción de sentido, que no es otra cosa que la condición de posibilidad para la vida en sociedad”*.

*“En un espacio social conviven múltiples y distintas versiones de lo real (y que) estos mundos de vida permanentemente interactúan y que, al hacerlo, construyen la dinámica social.”* (Massoni, 2007:24)

Massoni (2007) advierte que es importante reconocer el carácter social del proceso de producción y reproducción de las significaciones. En ese marco, sostiene que las identidades tanto individuales, como sociales y culturales, no son entidades dadas de una vez y para siempre, como tampoco son inherentes a un individuo, grupo o sociedad. En cambio, las identidades son construcciones intersubjetivas del orden de lo representacional que se actualizan permanentemente en las situaciones de interacción y de producción simbólica.

Esta perspectiva parece priorizar la dimensión simbólica de la comunicación para la salud y parece pertinente complementarla con las dimensiones relacionales – con uno mismo; con otros humanos y con el ambiente- y materiales – disponibilidad y

accesibilidad a servicios hospitalarios más el acceso al empleo formal, la vivienda y la educación, entre otros bienes y servicios.

Por otra parte, según se dice en el capítulo II, la noción de estrategia relaciona varias aristas del problema de la salud pública porque implica repensar las ideas asociadas a la comunicación, al desarrollo, la planificación y las dinámicas de lo colectivo. En palabras de Uranga (2011), la estrategia se trata de “una forma de hacer o de generar criterios para el hacer”.

Una primera aproximación a la relación entre comunicación y estrategia considera la etimología del concepto. En este sentido, Jaramillo (2011) señala que el término *estrategia* deriva del latín “*strategia*”; el cual procede, a su vez, de dos términos griegos tales como *stratos* (ejército) y *agein* (conductor, guía). Este autor define a la estrategia como “la ciencia y el arte del mando militar aplicados a la planificación y conducción de operaciones de combate en gran escala” (2011:62).

En relación a su origen, la estrategia es el resultado de la convergencia de dos grandes líneas históricas respectivamente situadas en Grecia y en China con disímiles formas de concebirla y ejecutarla. Arturo Pérez (2001) explica que ambas comenzaron en el siglo V antes de Cristo tanto en Grecia, asociada a escenarios bélicos, como en China, asociada al uso de la inteligencia. En el siglo XVIII confluyen ambas perspectivas para delinear el escenario de lo que se conoce, actualmente, como estrategia.

En ese sentido, Pérez (2001) considera que las primeras experiencias empíricas estaban solamente supeditadas al paradigma militar, es decir, como estrategias de combate. Por ello, el autor deslinda el grado polisémico del concepto ‘*estrategia*’ para abordarlo como una forma de pensar, una teoría de cómo afrontar las situaciones conflictivas que la vida nos presenta” (Pérez, 2001:27).

Cabe decir, sin dudas, que “estrategia” es un concepto complejo, polisémico y multidimensional que suele confundirse con otras acepciones como las de programas, metas, políticas y misión, entre otras.

Pérez (2001) reconoce nueve dimensiones que integran al concepto “estrategia” y conforman la compleja polisemia del concepto:

- *La estrategia como anticipación.* Este enfoque, liderado por la llamada *escuela sistémica del management*, pone de relieve la capacidad del hombre como intérprete de su presente y hacedor de su propio futuro. Si la adaptación es la cualidad principal de todos los seres vivos que les permite acoplarse a su medio ambiente y así sobrevivir, la anticipación ante el futuro es una cualidad privativa del hombre que le permite actuar preventivamente a los cambios del entorno antes de que los problemas y oportunidades hagan acto de presencia. El enfoque anticipativo de la estrategia se traduce en la organización moderna por la definición de una misión y unos objetivos a largo plazo y, sobre todo, la definición de cómo alcanzarlos.
- *La estrategia como decisión.* El entendimiento de la estrategia como un conjunto de decisiones es un enfoque que se respalda en la teoría de los juegos y la teoría de la decisión. La toma de decisiones se convierte en estratégica únicamente cuando en el cálculo que el agente hace de su éxito interviene la expectativa de al menos otro agente que también actúa para alcanzar sus propios propósitos.
- *La estrategia como método.* De la estrategia como decisión a la estrategia como método solo hay un paso. Esto es así porque, cuando se toman decisiones, en muchas ocasiones se elige no tanto qué acciones se realizarán sino cómo se van a

concretar. Desde el enfoque metodológico, la estrategia responde a la pregunta: ¿Cómo alcanzar los objetivos asignados? ¿Qué pasos se tienen que dar?

- *La estrategia como posición y como ventaja.* Todo camino (método) implica ocupar una posición para obtener beneficios. En este sentido, “elegir el lugar de combate en el que las fuerzas propias se encuentran en estado de superioridad” es uno de los principios militares básicos que se han heredado desde tiempos inmemoriales.
- *La estrategia como marco de referencia.* La estrategia como marco pone el énfasis en la capacidad estratégica para acotar territorios de actuación, indicando el camino que se desea recorrer y desautorizando otros campos de actividad. Este enfoque es sumamente importante en las grandes organizaciones para favorecer la necesaria coherencia y la unidad de doctrina.
- *La estrategia como perspectiva y visión.* La estrategia es una idea que suele ser descrita como una representación o visión de cómo sería una persona, organización, proyecto o negocio en algún momento futuro si ahora se adoptasen ciertas medidas. El verdadero reto consiste en diseñar estrategias capaces de detectar las sutiles discontinuidades capaces de socavar a una organización.
- *La estrategia como discurso y lógica de la acción.* Si la estrategia es capaz de enmarcar conductas es porque su discurso conlleva una lógica de acción que no solo comprende la conducta presente sino también y, sobre todo, las acciones venideras que de esa lógica se derivan.
- *La estrategia como relación con el entorno.* Se refiere a cómo y de qué manera la organización se vinculará con el contexto más cercano para evaluar si se cumplen las intenciones en la realidad.

Este TFL asume la concepción de la *estrategia como método*. Desde allí, se brinda un marco con interrogantes claves en una institución con rasgos de burocratización como lo es el hospital regional: ¿Cómo desplegar procesos de comunicación que reparen en las voces de los usuarios?, ¿De qué manera promover la participación a nivel local entre los actores de la campaña de lactancia materno-infantil?, ¿Cómo recuperar los saberes y conocimientos que tienen los usuarios en el territorio?

### **Las estrategias como marco de encuentros socioculturales**

Por lo expuesto, el campo de la estrategia se despliega como un escenario que, en términos comunicacionales, posibilita tanto el encuentro de las alteridades socioculturales (Massoni, 2012) como la disputa por el sentido y la generación de alternativas para diseñar el futuro.

Esta investigación interroga por las acciones de comunicación entre los actores en una campaña local de salud materno-infantil. Esto es, procura conocerlas, sistematizarlas y analizarlas para reconocer condiciones inhibitoras y facilitadoras de modalidades participativas y, de esta manera, discernir posibles alternativas que constituyan una lectura de tipo crítica de la situación abordada.

Desde esta perspectiva, dado el propósito de esta investigación, se puede agregar al interrogante del apartado previo: ¿Que procesos comunicacionales son los que forjan una mirada crítica con respecto a la planificación de las campañas sanitarias?, ¿Cuáles son los nexos entre comunicación, planificación y participación?

## Descripción de la campaña: modos, medios y géneros

De qué manera opera la comunicación en una campaña local de salud materno-infantil?, ¿Qué modos, medios y géneros se distinguen y qué características reviste cada uno de ellos?

Este apartado describe los modos, medios y géneros de las estrategias de comunicación utilizadas por la campaña de salud materno-infantil en relación con los públicos destinatarios. Desde comienzos del siglo XXI, estas instancias han sido atravesadas por procesos de mediatización y por expansivas dinámicas de digitalización de las dimensiones simbólicas, materiales y relacionales de la comunicación (Carniglia, 2019).

Con frecuencia, se implementan diversas acciones de comunicación para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. En este sentido, desde los niveles centrales del área de neonatología del hospital público se definen las intervenciones en materia de salud pública. Entonces, el análisis minucioso de los rasgos que presentan brindará indicios para comprenderlas.

Como explica Carniglia (2022), los modos históricamente instituidos de la comunicación humana comprenden la oralidad, la escritura, las imágenes y otras modalidades diversas como son los gestos y el manejo del espacio, entre otros. A su vez, los medios de comunicación son instituciones tecno-significantes situadas. Asimismo, los géneros comunicativos son clases de textos u objetos culturales discriminables en todo soporte de comunicación y todo espacio de circulación de sentido.

Entonces, cabe describir la campaña de lactancia en sus principales rasgos de la siguiente manera:

**CUADRO III.** Campaña lactancia materno-infantil 2023.

<b>Actividad o material de la Estrategia</b>	<b>Modos</b>	<b>Medios</b>	<b>Géneros</b>
N°1 Ateneos	Oralidad	Radio	Taller grupal/encuentros interpersonales
N° 2 Afiches/Carteras	Escritura	Gráficos impresos	Afiche
N°3 Gacetillas de prensa	Escritura	Gráficos impresos	Gacetillas
N° 4 Folletos	Escritura/Imágenes	Gráficos	Folleto
N°5 Entrevistas radiales/spot sonoros	Oralidad	Radio	Entrevistas

Fuente: elaboración a partir de datos propios del autor

Los datos del Cuadro III<sup>13</sup> destacan aspectos significativos de la campaña:

- La campaña tiene predominancia de estrategias de comunicación basadas en materiales impresos para la lecto-escritura.
- Aquellos materiales con uso de imágenes suelen contar con ilustraciones o fotografías de hombres y mujeres que referencian, de manera clara, diferentes edades. (ver Anexos)
- Al menos más de la mitad de las acciones comunicativas basadas en la escritura emplean tipografía redonda y cursiva.
- Entre las otras modalidades comunicativas, como los ateneos y los spots radiales, predomina como modalidad de la oralidad.
- Se observa un empleo nulo de otras estrategias comunicativas basadas en otros soportes tales como las redes socio-digitales (Instagram) y aplicaciones de telefonía móvil (WhatsApp).

El relevamiento de Suárez (2019) reconoce tres momentos o etapas del recorrido de la campaña. Por un lado, la primera etapa- identificada como de inicio- comprende modalidades basadas en la oralidad y la escritura. En este momento, se implica al spot sonoro (y entrevistas radiales) con fines de circulación en dos emisoras radiales locales. Su diseño se caracteriza por la brevedad (la duración oscila entre uno y dos minutos) y presenta información (datos científicos y estadísticos de enfermedades) sobre la salud materno-infantil de la población bajo el paradigma hegemónico.

En un primer momento, se recurre a los medios tales como la radio – donde se difunde el spot sonoro- y el diario<sup>14</sup> –donde se difunde la gacetilla de prensa- para visibilizar las propuestas de la campaña. En torno a este tipo de medios, más de una vez, considerados como *convencionales*, Carniglia (2022) sugiere denominarlos más bien como “*instituciones tecno-significantes situadas*”. Hoy, sus organizaciones se enmarcan en procesos crecientes de digitalización no solo de la comunicación sino también del trabajo, la educación y la vida cotidiana que reconfiguran la ecología del sistema de medios de comunicación.

La segunda etapa –dirigida a los usuarios- implica aquellos lineamientos que dan forma y sentido al componente comunicacional. Éste se caracteriza por presentar dos materiales concretos: los afiches y los folletos (Ver Anexos). Ambos presentan una cierta línea estética que les brinda coherencia mientras que no presentan una cantidad considerable de texto y las distintas expresiones empleadas aportan información bajo una tendencia neutral y objetivante.

En un tercer momento, tienen lugar los ateneos –encuentros, conversaciones, charlas-. Este dispositivo se puede describir como un espacio y momento comunicacional en donde los trabajadores de la salud despliegan sus voces y facilitan la escucha entre pares. Según el área de Coordinación de la campaña (2023), esta actividad posibilita instancias reflexivas. Según las palabras de los coordinadores, “hablar es el que permite que se desplace la queja y el malestar en torno a las acciones que no tienen que ver específicamente con su labor de curación sino de prevención. Por ejemplo, cuando les proponemos que se sumen a alguna campaña” (Coordinación, 2023). Los temas que se abordaron en esta instancia son definidos por el área de coordinación con antelación, no obstante, dicha agenda puede debatirse y redefinirse en el mismo momento que sucede el encuentro.

---

<sup>13</sup> Información recopilada en entrevista personal realizada a la Médica encargada del área de Coordinación General de la campaña realizada en mes 2023 por el autor de esta investigación.

<sup>14</sup> El diario DEMOCRACIA tiene una trayectoria de 25 años en la ciudad de Villa Dolores. Presenta un alcance tanto local como regional, por ser el único medio gráfico periodístico del oeste cordobés.



Según la Coordinadora de la campaña, las tres instancias mencionadas son pensadas con distintas motivaciones y para diferentes públicos. En primer lugar, tanto el spot sonoro radial como la gacetilla de prensa apuntan a promover, sobre todo, la visibilidad en el espacio público. El producto sonoro resultante se caracteriza por presentar mensajes en un tono imperativo que enfatizan cuáles son las ‘mejores’ prácticas corporales y las maneras adecuadas de vivenciar la lactancia materno-infantil. Asimismo, hay una asociación con frases textuales que configuran un destinatario predominantemente femenino: “derecho a ser atendida”; “lactancia materna como derecho de toda mujer”.

En un segundo momento, la mirada comunicacional pretende que los destinatarios – e interesados en la temática- participen de las actividades. Para alcanzar este objetivo, la estrategia comunicacional tiene como concepto esclarecer que las prácticas de lactancias traen beneficios para los recién nacidos. Para ello, en las mismas producciones, se mencionan documentos de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Estos materiales exhiben además una impronta biologicista en la configuración de los mensajes pues, por ejemplo, resaltan los beneficios restándole importancia a los aspectos de la cultura, la identidad y la política de los usuarios como actores de la salud materno-infantil.

En un tercer momento, uno de los ejes procura sostener conversaciones para que el grupo de trabajadores pueda interactuar, conocerse y reflexionar sobre lo que acontece en las campañas. A partir de allí, se definieron dos ideas claves para la práctica en los consultorios: participar e integrar los rasgos culturales de los usuarios al discurso médico hegemónico que practican los trabajadores. Como se menciona en el capítulo I, “*hegemónico*” se debe entender en los términos de Stuart Hall (1977; 15):

*“La definición de un punto de vista hegemónico implica (a) que define según sus propios términos el horizonte mental, el universo de sentidos posibles, de un sector completo de las relaciones en una sociedad o una cultura, y (b) que lleva el sello de la legitimidad - parecería ir a la par con lo que es ‘natural’, ‘inevitable’, lo que ‘se da por descontado’ en el orden social”*

Como se dijo, cabe superar aquellas experiencias de comunicación para la salud basadas únicamente en la lógica difusionista. Es decir, superar la óptica de la comunicación que se equipara al acto de transmitir información. Con ello, como explican Petracci y Waisbord (2011), se supera una perspectiva que resulta ser mecanicista y lineal dado que pasa por alto complejos procesos sociales y políticos de intercambio y de formación del sentido social y de formación política. En este sentido, se focaliza en la comunicación para la salud como un campo capaz de aportar soluciones al problema de la salud como fenómeno social.

Entonces, el siguiente interrogante es: ¿cómo se presentan empíricamente los componentes de la campaña de lactancia materno-infantil en el hospital regional?

### **Descripción de la campaña: análisis del componente comunicacional**

Dado que la campaña de salud materno-infantil del hospital público presenta varias modalidades y acciones, delinea un cierto diseño estratégico comunicacional en el que se pueden discernir algunas cuestiones.

En primer lugar, cabe reconocer los spots radiales locales y las publicidades en el diario de tirada local (ver Anexos) –denominado “*Democracia*”- con la finalidad de posicionarse y visibilizarse en el espacio público. Con ese marco se puede entrever el

mecanismo difusionista imperante que se deja inducir en éstas instancias de comunicación.

En segundo lugar, las ideas de la campaña local apuntan a lograr la adhesión grupal entre los mismos trabajadores del equipo de salud. Es decir, va más allá de la intención de dar a conocer su funcionamiento y las especificidades a la comunidad. Para ello, se emplean bajo el nombre de ateneos, una serie de encuentros durante el año que constan de cierta disposición espacial y temporal con el fin de reunir a los equipos participantes en la campaña. “Tratamos de mantener conversaciones entre quienes integran el área de Neonatología porque así pueden surgir nuevos disparadores y evidenciar algún conflicto que pudiera estar obstaculizando el trabajo alrededor de la campaña” (Coordinadora General, 2023). Es de destacar la importancia que reviste esta instancia ya que aspira a la escucha activa así como a la posibilidad de coordinar acuerdos colectivos de trabajo. Por lo que se puede presumir que hay un proceso comunicacional participativo, o al menos se intenta lograrlo, ya que los integrantes allí comparten información, gestos y miradas. Esta interacción grupal lleva la impronta de una comunicación interpersonal - “cara a cara”- que facilitaría las posibilidades de articular acciones y mancomunar modalidades democráticas. Es este el motivo por el cual resulta significativo para nuestras aspiraciones de investigación en el presente trabajo: favorece la formación de un espacio de intercambio. No obstante, se le puede reconocer un límite preliminar: la ausencia de las voces de los usuarios.

En tercer lugar, se pueden mencionar a las carteleras donde se visibilizan frases e imágenes que describen “*buenas prácticas de lactancia*” (ver Anexos). En el reciente recorrido, realizado en mes de 2023, se observó que se encuentran dispuestos en lugares estratégicos tales como la guardia, el salón de ingreso (donde los usuarios recurren a solicitar los turnos) y el área de internación de mujeres. Además, los contenidos de los carteles, son visibles para cualquier ciudadano que ingrese o permanezca en la institución. Los integrantes del área de Neonatología son los responsables de renovar y actualizar las producciones. Se trata de una publicación impresa que está disponible en los distintos consultorios (medicina clínica, traumatología) para que sean retiradas por los usuarios. Por último, también se emplean una serie de gacetillas periodísticas que se dirigen a los medios de comunicaciones convencionales tales como la radio y la televisión (ver Anexos).

A manera de síntesis el siguiente cuadro describe el componente comunicacional de la campaña de salud materno-infantil:

**CUADRO IV.** Las estrategias de la campaña de lactancia materno-infantil 2022/ 2023.

<b>Estrategia</b>	<b>Públicos</b>	<b>Materiales</b>	<b>Actividades</b>
Nº1	Trabajadores	Ateneos	Charlas al interior del grupo de los profesionales
Nº2	Comunidad de usuarios	Folletos	Disposición en espacios alcanzables y visibles como sala de ingreso
Nº3	Comunidad de usuarios	Carteles-afiche	Carteleras en el área de Neonatología
Nº4	Ciudadanos (en su	Entrevistas- Spot	Transmisión en

	totalidad)	sonoros	radios locales
Nº5	Usuarios	Charlas-encuentros en consultorios	Comunicación interpersonal
Nº6	Ciudadanos (en su totalidad)	Gacetilla de prensa	Actividades de difusión

Fuente: elaboración a partir de datos propios del autor.

### **Campañas de comunicación: análisis situacional de los rasgos en un dispositivo local**

La definición teórica de Rice y Atkin (1996) identifica condiciones de toda campaña. Así, se identifican ciertos rasgos y también carencias o vacíos en la propuesta que despliega el hospital regional. Dichos rasgos comprenden:

- “[...] *Intentos con el objetivo de informar, persuadir o motivar cambios de comportamiento [...]*”. En la campaña de lactancia se menciona entre los objetivos de sensibilizar y visibilizar los beneficios de ejercitar la lactancia materno-infantil en las madres y niños; generar materiales de comunicación para la salud que cuenten con instancias participativas y dialógicas; y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos por el área de Neonatología.
- “[...] *una audiencia relativamente importante y bien definida [...]*”. Se apunta a las madres primerizas con bajo nivel educativo que no acceden a empleo formal ni tampoco cuentan con ningún tipo de cobertura social o medicina prepaga. ¿Cuál es el tamaño promedio anual (cantidad de embarazadas y madres) de la población atendida?
- “[...] *generalmente en beneficio no comercial de los individuos y/o sociedad en general [...]*”. Entre los aportes de la campaña se consideran la promoción de las prácticas de lactancia materno-infantil; la búsqueda activa de las mamás primerizas; el acompañamiento permanente a usuarios mediante servicios ofrecidos por el área de Neonatología; y el ejercicio del derecho a la salud y el derecho a la comunicación.
- “[...] *normalmente dentro de un período determinado de tiempo [...]*”. La faceta temporal de la campaña de lactancia materno-infantil se ubica en el año 2023, específicamente en los meses de junio, julio y agosto. Durante este trimestre la agenda sanitaria nacional aborda lo que atañe a salud materno infantil: cuidados, síntomas, beneficios y buenas prácticas, entre otros aspectos.
- “[...] *por medio de actividades de comunicación organizadas en las que participan los mass media [...]*”. Para visibilizar la temática de lactancia materno-infantil, se recurre al uso de los medios convencionales: difusión de entrevistas radiales por radios locales y la publicación de gacetillas de prensa en un diario con alcance regional.

Por otra parte, cabe mencionar, como algunas de las carencias de la campaña, el hecho de que construye enunciativamente al público (grupo de usuarios) como un “todo homogéneo”. No se detiene en los pequeños grupos (o sub-audiencias) y colectividades del terreno. Por otra parte, no jerarquiza contenidos; no logra la combinación multimedial e interpersonal (Waisbord, 2001) y no alcanza la articulación con otros espacios que no sean los medios comunicativos e instructores (Flora, Maccoby y Farquhar en Rice y Atkin, 1996). De este modo, las intervenciones

sanitarias de la campaña construyen dispositivos desde un destinatario sin reparar en sus condicionamientos materiales, simbólicos y relacionales.

### **Consideraciones finales**

Los distintos apartados en este capítulo analizan el componente comunicacional de una campaña de lactancia materno-infantil a nivel local. Un primer apartado profundizó los vínculos entre comunicación y desarrollo señalando los puntos de convergencia entre los principales modelos y paradigmas. En un segundo apartado se abordaron las relaciones entre la comunicación, la planificación y la estrategia.

A su vez, un tercer apartado focalizó la relación de la comunicación con el concepto de estrategia, como elemento integral en toda campaña pública. Aparece así la descripción de los elementos que la conforman entendiendo que, en toda acción de esa naturaleza, se intercambian sentidos, valores y prácticas.

Los últimos apartados describen y analizan los modos, medios y géneros de comunicación que son transversales a la campaña local de lactancia materno-infantil. Se considera que las acciones preventivas en salud materna no se ajustan a todas las condiciones que definen a una campaña según Rice y Atkin (1996). También se identifican todos los componentes de la campaña ya que el diseño estratégico de comunicación resulta fundamental para promover acciones pertinentes a procesos participativos y dialógicos. Los siguientes tres capítulos abordarán la problemática de la participación en la salud desde la perspectiva socio-cultural de la comunicación, y específicamente desde las representaciones sociales de los usuarios y los trabajadores implicados en la campaña de salud local.

# CAPÍTULO V

## Comunicación para la salud desde una perspectiva sociocultural

Este T.F.L caracteriza la comunicación entre los actores de una campaña local de salud materno-infantil reconociendo condiciones inhibitoras y facilitadoras de las modalidades participativas. En ese marco, los capítulos anteriores presentan la discusión teórica sobre la pertinencia, los antecedentes y los aportes del enfoque participativo del desarrollo en la comunicación para la salud. Además, desde una concepción multidimensional, también se distinguen las particularidades de una campaña de lactancia materno-infantil y se describe empíricamente su componente comunicacional

Este capítulo abordará las representaciones sociales desde un enfoque teórico-comunicacional. Sus nociones brindan una perspectiva significativa ya que concierne a las opiniones, percepciones y posturas de los trabajadores y usuarios del hospital regional de Villa Dolores sobre las acciones relacionadas con la problemática de la participación en las campañas de comunicación para la salud materno-infantil.

### **Una concepción sociocultural de la comunicación**

Nuestra concepción teórica de la comunicación la concibe como un proceso de producción de sentido, como se señaló en apartados anteriores. Fuentes Navarro menciona, en ese sentido, que la comunicación es, en primer lugar, una acción intersubjetiva y, en segundo lugar, un proceso simbólico dado que “es un mecanismo social por el cual se genera y reproduce constantemente cultura, sistemas de significados y valoración convencionalmente adoptados para interpretar la vida en todas sus dimensiones” (1992:20). Este autor define a las valoraciones convencionales como representaciones alusivas a objetos y sujetos y, por ende, aplicables a las nociones de participación entre los actores de una campaña de lactancia materno-infantil.

En este abordaje sociocultural, Fuentes Navarro (1992) hace hincapié en la comunicación como recurso teórico para abordar cómo se construye socialmente la realidad. Esta condición implica conocer cómo se configuran los sentidos y las significaciones en la construcción colectiva de la realidad. Como práctica significativa, la comunicación atraviesa la cultura y, en tanto elemento dinámico, también la reconstruye.

El enfoque sociocultural de la comunicación brinda un marco de análisis pertinente a nuestro problema de investigación. Cimadevilla (2007) explica que dicha perspectiva aporta, por un lado, una mirada minuciosa de las estructuras y dinámicas de poder, y, por otro lado, interpreta las rupturas y los procesos que también emergen.

Como se indicó en el primer capítulo, el interés de esta investigación reside en pensar la comunicación en consonancia con la perspectiva de Fuentes Navarro (1992)

apartándonos de miradas difusionistas para abordarlas desde concepciones más exhaustivas e integrales.

## **El concepto de representaciones sociales**

Otra perspectiva fundamental para esta investigación es el enfoque participativo del desarrollo abordado por Obregón y Waisbord (2012) que ha sido analizado en el capítulo I. Los autores revelan que en todo proceso de desarrollo es necesario aproximarse a los valores, a las experiencias y a las representaciones dominantes de los actores. Así, el estudio de las representaciones sociales es pertinente para el abordaje de la participación en una campaña de lactancia materno-infantil a nivel local.

Para Pérez Rubio y Saavedra (2001), la perspectiva de las representaciones sociales posee un carácter interdisciplinario. Estas autoras indican que se trata de un dispositivo teórico adecuado para profundizar el conocimiento de la realidad social. En este sentido, uno de los problemas consiste en que se trata de un concepto que implica aristas de interés sociológico, cultural, ideológico y psicológico.

La contribución de Hewstone y Moscovici (en Carniglia, 2010) apunta en el sentido de cómo piensan los individuos, cómo interpretan su mundo y cómo emplean en esta tarea la información de la ciencia y la experiencia cotidiana. Estas características transforman a “representación” en un concepto marco, a decir de Ibáñez (1988), ya que implica un conjunto de fenómenos y de procesos más que objetos claramente diferenciados.

El concepto de representaciones sociales fue redefinido por Serge Moscovici quien retoma la noción de representaciones colectivas<sup>15</sup> de Emile Durkheim. Además, Moscovici integra diversos corrientes y nociones teóricas sugerentes tales como el “mundo de la vida” de Schultz, o los aportes del interaccionismo simbólico de Berger y Luckmann o los de la etnometodología de Cicourel.

Según Kornblit (2004), Moscovici incluye algunos aportes de las corrientes teóricas mencionadas en las siguientes ideas:

- El carácter productor y no solo reproductor del conocimiento en la vida cotidiana, es decir que el conocimiento más que reproducir algo preexistente, es producido de forma inmanente en relación con objetos sociales que conocemos;
- La naturaleza social de ese conocimiento, que se genera a partir de la comunicación y la interacción entre individuos, grupos e instituciones.
- La importancia del lenguaje y de la comunicación como mecanismos en los que se transmite y crea realidad, por una parte, y como marco en el que la realidad adquiere sentido, por otra (2004:91).

Desde el concepto de representación social, Moscovici (en Abric, 1994) se aproxima a la ‘visión de mundo’ de los grupos y personas ligados a la toma de posición ante algún fenómeno. En ese sentido, Ibáñez (en Carniglia, 2012) resalta que estudiar las representaciones sociales posibilita conocer la lógica del pensamiento social que utilizan los miembros de una sociedad y de una cultura al momento de forjar sus

---

<sup>15</sup> En Durkheim, las representaciones colectivas refieren a las producciones mentales colectivas que trascienden a los individuos particulares y que forman parte del bagaje cultural de la sociedad. En base a ellas los individuos forman sus representaciones individuales. Esto implica que las representaciones colectivas existen de manera independiente.

visiones. De este modo, las acciones y apreciaciones ante los acontecimientos superan las condiciones objetivas e implican una serie de procesos subjetivos constitutivos de la realidad.

De modo general, las representaciones sociales componen una formación subjetiva, multifacética y polimorfa donde fenómenos de la cultura, la ideología y la pertenencia socio-estructural dejan su impronta al mismo tiempo que elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y valorativos participan en su configuración.

En esta investigación es relevante la pertinencia teórica e instrumental de la noción de las representaciones sociales para aproximarse a las percepciones, tomas de posición y prácticas de los trabajadores y usuarios del hospital regional de Villa Dolores. Particularmente interesan los significados de los actores acerca de la participación en las campañas de salud materno-infantil focalizando los aspectos comunicacionales que la obstaculizan y/o la facilitan.

Moscovici (1979) considera al concepto de representación social como:

“Una representación social tradicionalmente es comprendida como un sistema de valores, ideas y practicas con una doble función; primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse ellos mismos y manejar su mundo material y social; y segundo, permitir que tenga lugar la comunicación entre los miembros de una comunidad, proveyéndoles un código para nombrar y clasificar los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal”.

Asimismo, Denise Jodelet (en Carniglia, 2012) agrega que entre las funciones principales de la representación se reconocen:

- La integración cognitiva de la novedad.
- La interpretación de la realidad
- La orientación de las conductas y las relaciones sociales.

Estas funciones permiten identificar las representaciones que emerjan entre los usuarios y los trabajadores de una campaña de salud a nivel local en relación con otras perspectivas, especialmente las relacionadas con el enfoque participativo del desarrollo en la comunicación para la salud.

### **La teoría del núcleo central de las representaciones**

Desde la postura de Moscovici, en la década del 60 se derivan algunas líneas de estudio para la aproximación estructural a la representación social. Abric (2001) explica, desde la teoría del núcleo central, que la naturaleza de la representación social se constituye con dos elementos: un núcleo central y un sistema periférico (Kornblit y Petracci, 2007).

Esta composición dual de núcleo central y componente periférico de una representación social resulta oportuna en ésta investigación para analizar los diversos significados acerca de la participación tanto generales como específicos. En tanto que Carniglia (2012:43) señala que esa peculiaridad de las representaciones sociales, “hace que sean, al mismo tiempo, estables y móviles, rígidas y flexibles y consensuadas y marcadas por las diferencias de significación entre los sujetos”.

En cuanto a los componentes, por un lado, el sistema central se integra por elementos cognitivos responsables de la estabilidad, la rigidez y el carácter consensual implicado

en la representación. Por otro lado, el sistema periférico está formado por todos aquellos componentes que hacen a la flexibilidad y a las diferencias de significado entre los individuos (Carniglia, 2012). Entre sus funciones está la adaptación a contextos sociales variados y la distinción del contenido de la representación social.

Robert Farr (1984) propone como opción metodológica abordar las diferentes instancias conversacionales para incursionar en las representaciones sociales de los individuos. Desde allí, se focaliza la atención a las distintas argumentaciones que se ponen en juego, sobre todo, en cuestiones que son conflictivas. En nuestro caso, se abordan las diversas concepciones emergentes alrededor de la participación de los actores implicados en una campaña de comunicación para la salud a nivel local.

## **Representaciones sociales y comunicación**

Según se dijo, interesa a éste capítulo, por un lado, caracterizar la perspectiva de las representaciones sociales en relación con la comunicación y por otro lado, con el enfoque participativo de la comunicación para la salud. En primer lugar, Moscovici (1985) explica que las representaciones sociales tienen una naturaleza comunicativa y procesual ya que se retroalimenta continuamente de las acciones y de los conocimientos individuales. En ese sentido, son las representaciones sociales las que permiten a los actores sociales adquirir nuevos conocimientos e integrarlo de manera que sean comprensibles y asimilables (Jodelet, 1991).

A su vez, Jodelet referencia a las representaciones sociales, por un lado, como *'pensamiento constituido'*, dado que "estos productos reflejan en su contenido sus propias condiciones de producción y nos informan sobre los rasgos de la realidad en la que se han formado" (en Ibáñez 1988:175). Y por otro lado, como *'pensamiento constituyente'* ya que la representación refleja la realidad pero también interviene en su faceta constructiva: "la representación social constituye en parte el objeto que representa. No es el reflejo interior de una realidad exterior, sino que es un factor constitutivo de la propia realidad" (Jodelet en Ibáñez, 1988:175).

Asimismo, Banchs (1990) indica que las representaciones sociales revisten particularidades al interior de cada uno los grupos que permite diferenciarlos entre otros. Estos aspectos se manifiestan en el conjunto de valores, normas e intereses producidos mediante las prácticas interactivas. En nuestra investigación, por ejemplo, se analizan las representaciones de dos grupos: los usuarios de un servicio sanitario y los trabajadores implicados en la campaña de lactancia-materno infantil del hospital regional.

Ibáñez (1988) explica, en ese sentido, que la comunicación es una de las fuentes constituyentes de las representaciones sociales ya que en sus procesos, derivados tanto de la comunicación a través de los medios como de la comunicación interpersonal, se delinear los contenidos de las representaciones sociales.

La diversidad de representaciones sociales en torno a la participación presenta perspectivas que convergen pero que también son divergentes entre sí. En los estereotipos, opiniones y creencias subyacen muchos de los discursos compartidos en una determinada sociedad. Es de nuestro interés abordar justamente ese sistema referencial anclado a los actores sanitarios participantes del ámbito público.

Barbero (1999) explica que en ese escenario se hace imperioso reconocer las distintas *'hablas'* y *'palabras'* que movilizan las diferentes formas y las capacidades de apropiación del mundo y de otorgamiento de sentido. En ese mismo sentido, Galimberti (2008) explica que, en tanto práctica significativa productora de sentido, la



comunicación atraviesa la cultura y, en tanto elemento dinámico, la construye y reconstruye.

Entonces, surgen conflictividades que se exponen en las múltiples formas de significar y en las numerosas realidades que los actores construyen. Esta condición puede conjeturarse en la dinámica entre las concepciones coexistentes en torno al cuidado, a la atención y a los saberes sanitarios dado que, como explican Petracci y Waisbord (2011:460), “Argentina es una sociedad de modelos híbridos de cuidados de salud basados en diversas tradiciones culturales”.

De este modo, se presume en principio una abundancia de significaciones alrededor de la participación. Algunas trascienden y se anclan a la sociedad naturalizando ciertas experiencias y percepciones comunicacionales por sobre otras. Las posturas que cuentan con el poder de significar definen: qué es lo normal en la participación, quién pertenece a una campaña de comunicación para la salud y quién es excluido, qué será visibilizado y qué se ocultará sobre la temática de lactancia materno-infantil, entre otras cuestiones.

### **Consideraciones finales**

**E**n sus distintos apartados, este capítulo realizó un análisis teórico sobre las representaciones sociales y la perspectiva sociocultural de la comunicación. El primer apartado definió las características de la comunicación desde un lineamiento sociocultural. Los siguientes apartados profundizaron en las siguientes aristas de las representaciones sociales: sus principales aspectos, los vínculos con la comunicación, los componentes que la integran y la teoría del núcleo de las representaciones. Todas estas nociones aproximan a la problemática de la participación en una campaña de salud materno-infantil dado que las representaciones sociales aluden a las opiniones, a los sentidos y a los imaginarios que no cesan de modificarse en la dinámica social de los actores.

La relación evidente entre las representaciones sociales y la comunicación genera criterios teóricos y analíticos de interés para identificar las voces de los actores directamente implicados en la campaña de lactancia-materno infantil a nivel local. Este objetivo es abordado en los dos capítulos siguientes.

# CAPÍTULO VI

## La comunicación para la salud con enfoque participativo: desencantos e ilusiones entre los trabajadores

Este T.F.L caracteriza la comunicación entre los actores de una campaña local de salud materno-infantil reconociendo condiciones inhibidoras y facilitadoras de las modalidades participativas. En ese marco, los capítulos anteriores dan cuenta de la discusión teórica sobre la pertinencia, los antecedentes y los aportes del enfoque participativo del desarrollo en la comunicación para la salud. Desde una concepción multidimensional también se distinguen las particularidades de una campaña de lactancia materno-infantil y se describe empíricamente su componente comunicacional. Además, se abordan las representaciones sociales desde un enfoque teórico-comunicacional como una perspectiva significativa para abordar las posturas del grupo de actores del hospital regional de Villa Dolores.

Este capítulo se aproxima a la interpretación sensible (Bruyn, 1972) de las representaciones sociales de distintos grupos de actores de un hospital público de la ciudad de Villa Dolores (Córdoba, Argentina) vinculados a las campañas de lactancia materno-infantil. A partir de la metodología cualitativa, como ya se mencionó en el capítulo I, se analiza la dimensión subjetiva del fenómeno con énfasis en los sujetos, sus significados, los motivos y las intenciones para la acción. La presentación de los testimonios se organiza en función de las posiciones emergentes entre el grupo de trabajadores (grupo 1) y el grupo de usuarios (grupo 2), siendo éste último abordado en el capítulo siguiente.

Como se planteó en el capítulo IV, se entiende a las representaciones sociales como una instancia socio-simbólica, esto es, como un campo de sentido estructurado y accesible a partir de métodos de interrogación (Kornblit, 2004). Las características del método cualitativo como la recogida flexible de información más específica, el análisis interpretativo y la comprensión sensible nos permiten acceder a las significaciones otorgadas por los propios actores sociales a los hechos en estudio a partir de sus propias explicaciones (Kornblit, 2004). Así, la técnica seleccionada fue la de entrevistas semi-estructuradas (ver guía en Anexos) a distintos actores sociales elegidos por su relación con la problemática de la participación en salud y particularmente en el marco de una campaña pública de salud materno-infantil con alcance local.

Se reservan las identidades de los entrevistados en todos los casos y la reproducción fiel y en detalle de los testimonios de las entrevistas (adjuntas en la versión digital del T.F.L) solamente referencia la profesión, la edad, el género y los años en el puesto laboral que desempeñan. En total, se entrevistó a 6 trabajadores del hospital regional de Villa Dolores durante los meses de enero y abril de 2023.

Los trabajadores del hospital regional, por lo general, cuentan con nivel educativo alto, en su mayoría, terciario o universitario completo; cuentan con empleo formal y con cobertura social o medicina prepaga (Suárez, 2019).

Las entrevistas que se sustentan en las guías reproducidas en los anexos de este T.F.L comprendieron los siguientes 5 ejes analíticos, a saber:

1. La participación en salud como problema público.
2. El enfoque de las campañas en la resolución del problema: modos, medios y géneros comunicacionales.
3. Los obstáculos y facilitadores de la participación de los trabajadores.
4. Rol del estado en sus distintos niveles.
5. La comunicación como una solución emergente en la problemática.

Por otra parte, la siguiente secuencia de operaciones orientó el procesamiento de los diversos testimonios recogidos:

- Nivel descriptivo: exposición de la información de manera fiel respetando las expresiones de los diferentes entrevistados a partir de significativos fragmentos extraídos del conjunto de entrevistas desgrabadas.
- Nivel analítico: implica relacionar los datos que emergen y el contexto situacional, así como presumir sus consecuencias.
- Nivel interpretativo: conlleva la relación entre los niveles descriptivo y analítico y el marco teórico escogido.

### **La participación de la salud como problema público**

Este apartado responde a interrogantes relacionados con, en líneas generales, los sentidos alrededor del término “salud” y “participación”, así como sus propiedades y los significados en particular. Los testimonios se presentan como rasgos esenciales para interpretar las representaciones alrededor de la problemática y cómo se supeditan a su rol profesional desde su posición ya sea como trabajadores de la medicina, de la enfermería o de la administración.

La percepción de la salud pública particularmente pone en escena la perspectiva de salud como derecho siendo su accesibilidad y cumplimiento una responsabilidad compartida entre los usuarios y los trabajadores de la salud. Esta concepción emerge en los dos testimonios siguientes:

- “Consideramos a la salud como derecho, eso es transversal a todo el ámbito de la salud pública o al menos debería serlo. Creo que esa es una obligación moral de todo trabajador de ésta institución. Ojo que yo los entiendo a los colegas y, por ahí, discutimos sobre el tema: que todos estamos desbordados, cansados y no contentos por los salarios que abona Schiaretta. Pero tenemos que plantearnos nuevas ideas de manera que menos pacientes lleguen en casos agudos de dolencias y más para prevenir. La pregunta es: ¿por qué no quiso venir antes?, ¿qué estamos haciendo que los vecinos no se animan a consultar?” (Médico especialista en ginecología).
- “La salud debería ser alcanzable y accesible. Así como hay ciudadanos responsables que se acercan semanalmente, hay otros que no se llegan por diferentes razones y no consultan nunca. Y hoy estamos hablando de una población cada vez más vulnerable en muchos de sus derechos” (Empleada administrativa)

Además, en la imagen de las usuarias que proyectan los trabajadores, predominan las respuestas con una asociación a posturas pasivas y con poco margen para la acción dada su condición de poblaciones vulneradas en múltiples aspectos. En ese marco, los trabajadores de la salud reconocen la potencialidad de algunos dispositivos propios

de la salud comunitaria y/o atención primaria de la salud, para garantizar el derecho a la salud. Se trata de dispositivos que no solo prevén que los usuarios se lleguen al hospital, sino que también plantean la presencia de los equipos médicos en los territorios. Este aspecto aparece en las siguientes expresiones:

- “Participar en salud es acercarnos a aquellas personas que no pueden llegar por sus propios medios para curarlos y darles un servicio. Como puede ser la atención domiciliaria y esto tiene mucho que ver con la salud comunitaria que alguna vez se hizo acá, pero ya no. Había un grupo de personas encargadas de eso y que se llamaban agentes promotores de la salud” (Enfermero profesional).
- “Es captar el problema de manera temprana y en caso de que apareciera una complicación dar una solución para la paciente. Ahí es donde nosotros podemos aportar. Y esto es lo que siempre hacemos de lo que se conoce como atención primaria de la salud” (Licenciada en Enfermería).

Asimismo, si se considera la interacción entre los trabajadores y los usuarios del hospital, el proceso de participación no se caracteriza por la estabilidad ni por la predicibilidad sino más bien por las tensiones. En las respuestas, se divisa la idea de trabajar con las voces de los usuarios y dicha inquietud funciona como un facilitador aunque no se puede obviar el modelo médico profesionalizado que puede operar como un obstáculo. Esta situación se observa de las tres respuestas siguientes:

- “Mi forma de trabajar y de ver la vida creo que es en general humanizar la salud. No es algo que se pueda obviar, sino que es intrínseco a ello. Y se busca una sola intención con eso: realizar acciones de sensibilización a favor de la dignificación de todas las pacientes” (Médico Especialista en Ginecología).
- “Llegar al otro y/o llevar salud al otro, en este caso, materno infantil. Y en el hospital incluye el binomio madre/hijo o de la embarazada. Aquí comprende las dos cosas” (Enfermero profesional).
- “Sumar a la comunidad como objetivo y captarla antes que el problema aparezca más fuerte como, por ejemplo, una mastitis alrededor del pezón por desconocer cómo hacerlo de la mejor manera” (Licenciada en Enfermería)

El acompañamiento, a su vez, aparece fuertemente vinculado a la dimensión temporal de las consultas. Mientras antes se acerquen las personas a la institución sanitaria, mejor para la salud de los consultantes. Por otra parte, la participación en salud aparece asociada a la inclusión y la equidad, ésta última como parte del horizonte político del actual gobierno nacional y sus políticas en materia de salud. Los testimonios dicen sobre:

- “En llegar a tiempo. O no tan tarde para brindarle algún soporte de ayuda. La leche materna es lo mejor que hay y hay que educar a la mamá para eso y que no termine usando el biberón. Porque si ese nene lo usa, no te toma nunca más la teta” (Licenciado en Enfermería).
- “Esa palabra (la participación) puede servir más de brújula para lo que estamos buscando en el área. Y yo la vinculo con el gobierno nacional actual. Porque creo que éste gobierno de turno siempre habló de la equidad e hizo y hace acciones en pro de esa idea” (Médico Especialista en Ginecología).

Asimismo, es importante señalar especificar cuáles son los sentidos más resonantes en torno a la participación exclusivamente. Las significaciones de los entrevistados

revelan diferentes concepciones, características y condiciones que funcionan como habilitadores de esa participación. Las declaraciones destacan las siguientes ideas:

- “Pienso en sinónimos como acercamiento, llegada y estar” (Enfermero Profesional).
- “Y se me vienen a la cabeza estas palabras. A ver como: inclusión, acercarse a otro. Esas son las palabras que se me ocurren” (Empleada Administrativa).
- “Trabajar en el área de manera conjunta y que todos se sientan parte de la propuesta y de lo que hacemos” (Médico Especialista en Ginecología).

Los tópicos que éste grupo asocia a la “participación” tienen que ver con la disponibilidad, el acompañamiento y el trabajo en equipo. Si bien puede acontecer un proceso participativo *exitoso*, entendido como el reconocimiento de condiciones endógenas, necesidades locales y valores culturales con la circulación de dispositivos comunicacionales, los testimonios dan cuenta de una diversidad de sentidos con diferentes matices y contradicciones. Así, asumir la participación como un proceso (dis)continuo es una forma de visibilizar los obstáculos y enriquecer los facilitadores para generar acciones comunicacionales polifónicas, democráticas y ancladas al territorio. Esta posición procura superar un fracaso frecuente entre los programas de comunicación sanitarios ya que comúnmente no implican las voces comunitarias en los esfuerzos por mejorar su salud (Campbell y Scott en Waisbord, 2012).

Tal vez la descripción precedente sea apta para introducir un replanteo de la teoría y práctica de la comunicación y la planificación en las campañas sanitarias. En este marco, ciertos lineamientos reconocen que es imperioso distinguir las demandas de los usuarios implicados en la problemática a la hora de realizar una intervención. En ese sentido, resalta la importancia de los valores de base del público destinatario, en vez de trasladar, de manera acrítica, los criterios de la publicidad comercial a la prevención de la salud (Petracci y Waisbord, 2011). El desafío es, pues, problematizar el enfoque sanitario que, históricamente, asumió a los receptores como beneficiarios pasivos. En ese sentido, el concepto teórico de la planificación a comienzo del siglo XXI revaloriza “una orientación hacia concepciones estratégicas y fórmulas más participativas en sus distintas fases, tanto en la construcción de imágenes objetivo como en los planes para alcanzarlos y en su ejecución” (Levalle en Carlosena y otros, 2018:20).

### **¿Un hospital participativo? Ponderación de la institución sanitaria regional**

Como se mencionó en el capítulo I, las distintas perspectivas y dimensiones del enfoque participativo en Comunicación sanitaria acentúan la importancia de la identidad cultural de comunidades locales y de la democratización en todos los niveles. Es interesante, entonces, analizar las instancias de articulación entre los actores, los problemas que emergen y las soluciones pensadas o imaginadas. En ese marco, los entrevistados afirman que:

- “Es participativa porque nosotros tenemos metas, objetivos que están dentro de nuestra campaña. Y tratamos de relacionarlos con programas ya sean nacionales, provinciales y municipales donde nosotros debemos cumplir ciertos indicadores. Para eso, nosotros tenemos que ser participativos y comprometidos y lograr que la comunidad se vuelva más participativa del cuidado de su salud o más activa que pasiva” (Enfermero Profesional).

Al menos los testimonios de tres entrevistados de este grupo enfatizan la redefinición institucional de algunos desafíos comunicacionales:

- “Justamente, en nuestra área, estamos charlándolo mucho porque yo confío plenamente en las pacientes. Digo en género femenino porque es la población predominante de nuestra cobertura” (Médico Especialista en Ginecología).
- “El hospital está en un proceso de abrirse a la comunidad cada vez más creciente. Eso no quiere decir que no repetimos errores, pero así también aparecen nuevas ideas” (Enfermera Profesional).
- “Sí, siento que sí, que todo el tiempo se están buscando realizar actividades de promoción y prevención, pero sí se puede decir también que todo está muy desorganizado” (Empleada Administrativa).

Asimismo, las posturas de la mayoría de los entrevistados coinciden en una mirada afirmativa sobre la posibilidad de aumentar la participación de los trabajadores:

- “Sí, sí, pero hay que buscar formas de trabajo novedosas y que a su vez llaman la atención de los pacientes. Y para ello debemos comenzar a usar nuevas estrategias” (Licenciada en Enfermería).
- “Sí, en salud materno-infantil claro que sí. Por ejemplo, desde aquí hemos intentando entrar en diálogo con un programa del municipio que se llama Atención Integral; ahí todo el equipo de salud está disponible para la embarazada” (Licenciada en Enfermería).

Por otra parte, dos trabajadores de la salud señalan los impedimentos en la gestión de la participación desde una mirada crítica:

- “Creo que estamos a la altura, pero vuelvo a lo mismo. No nos sobra personal que esté capacitado en el tema y súmale que el ajuste de Unión por Córdoba es muy duro. Hoy la situación es abrumante y las cifras hablan por sí solas. Desde cuando estaba De la Sota ya se notaba que apuntaban a recortar el presupuesto en el área de la salud. A ello se le suma que los trabajadores debemos redoblar y recargarnos con muchísimas horas en cada jornada que hacemos; lo que visibiliza la precarización que hay” (Médico Especialista en Ginecología).
- “Sí que se podría, pero pienso de qué manera y yo creo que hoy no contamos con facilidades para que eso suceda. Si esta bueno poner el tema en agenda y gestionar para que así suceda en un mediano o largo plazo; no me lo imagino en un corto plazo” (Enfermera Profesional).

También emerge una visión optimista, basada en el acompañamiento y la disponibilidad para la usuaria de los servicios sanitarios, en las respuestas a las preguntas sobre la posibilidad de aumentar la participación de las usuarias de los servicios:

- “La atención primaria funciona como el comienzo de un círculo: acá empezás a ver que patologías, cuáles síntomas, etc. Pero te repito tiene que ser algo que les llegue e interese para que participen las pacientes. Por eso, hay que buscar la manera de hacerla interesante para que les quede información y que se puedan incorporar al círculo de atención primaria (Lic. en Enfermería).

- “Sí, se puede. Pero lo que hace el hospital, en general, es reflexionar en la parte de la comunicación para ver si estamos acorde en esa instancia. Porque nuestro objetivo está basado en atender a las necesidades que tiene la gente” (Enfermero Profesional).

Finalmente, aparece entre el grupo de los trabajadores otra mirada que adjudica a las usuarias la falta de voluntad participativa y reconoce trabas burocráticas que limitan la democratización sanitaria. En palabras de los entrevistados:

- “Los usuarios son reacios a participar. Para mí eso pasa porque están acostumbrados a que les den todo servido” (Enfermero Profesional)
- “Desde que trabajo en la salud pública o desde cuando era estudiante en la Docta, te puedo decir que me preguntaba esas cosas. Pero es como que el sistema público de salud juega con tanta burocracia que te hace perder o te bloquea ese impulso y el deseo de hacer e innovar” (Médico Especialista en Ginecología).

De las descripciones del presente apartado son afines, como plantean Carniglia y Galimberti (2009), con la idea de que en toda acción de intervención sociocultural corresponde considerar los universos simbólicos y materiales intervinientes. De este modo, la comunicación para la salud en una institución estatal como el hospital regional aparece situada también entre intereses y lógicas de poder. He allí una paradoja: con las perspectivas teóricas de la comunicación participativa se apunta al cambio social pero aún las condiciones en la práctica no están dadas de antemano. En ese sentido, la caja de herramientas (Waisbord 2001) actualiza alternativas empíricas al integrar las perspectivas difusionista y participativa de la comunicación para el desarrollo. La convergencia de los enfoques de “arriba hacia abajo” y “de abajo hacia arriba” posibilita pensar más allá de los modelos de transmisión centrados en la implementación de cambios de comportamiento a través de actividades comunicativas (Waisbord 2001).

### **El enfoque de las campañas en la resolución del problema: modos, medios y géneros comunicacionales**

Como se dijo en el capítulo III, el hospital regional desarrolla permanentemente acciones de comunicación para la salud materno-infantil. Entonces, esta sección del TFL aborda los diferentes estadios y las variadas actividades de la campaña tales como carteleras, producciones radiales, reuniones previamente organizadas y encuentros informales. En palabras de los entrevistados:

- “Las actividades tienen que ver con los afiches y folletos especialmente. Eso es lo que venimos haciendo a excepción del año de la pandemia que nos frenó de golpe. Pero siempre estamos abiertos y receptivos a las invitaciones de los medios de comunicación ya que aquí se usan mucho las radios y/o las F.M. locales” (Empleada Administrativa).
- “Acercarnos a los medios de comunicación con las gacetillas de prensa ya armadas, producir los folletos y posters, planificar reuniones entre todos los integrantes del área. La idea es esa en general, si bien por ahí vamos cambiando algunos detalles, pero

es ese el lineamiento. Para mí, es importante tener en cuenta esos tres pasos porque nos dan orden” (Enfermera Profesional).

Todos los entrevistados de este grupo perciben que la gestión de las acciones de comunicación realizadas es acorde a la situación de las usuarias. Tampoco dejan de reconocer que podrían introducir cambios mediante la incorporación de las redes socio-digitales y el fortalecimiento de la comunicación interpersonal en el consultorio. Además, los trabajadores reconocen que enfrentan una realidad social compleja y de una demanda creciente de usuarias que, al quedar relegadas del mercado laboral formal, no cuentan ni con cobertura sanitaria privada ni con la posibilidad de acceso a una obra social. Es decir, solamente cuentan con el servicio público de salud dentro de la naturaleza multisectorial del sistema sanitario de nuestro país.

Todos los entrevistados cuentan con diversas experiencias en el área de Neonatología e incluso han colaborado en algunas otras instancias e instituciones. En palabras de uno de los entrevistados:

- “En mi caso, yo participé brindando información en una acción de prevención que hizo el hospital viejo –que acá todos conocemos así-. De eso se hizo cargo la municipalidad y a mí me llamó mucho la atención que en esa oportunidad se usaran las redes sociales y se hicieran circular flyers” (Lic. en Enfermería).

También mencionan la repetición de ciertas modalidades comunicacionales, específicamente en el área de neonatología, y destacan la necesidad de reflexionar sobre esta situación:

- “Y no hemos sido muy originales como vos sabrás. Históricamente se recurrió a las charlas expositivas. En estas se presenta como si se tratara de una clase, pero con una condición que se debía cumplir: el uso de un lenguaje simple, llano y sin eufemismos. La planificación que teníamos era comenzar por ideas generales sobre lactancia. Explicábamos que era y que proponían los organismos como la OMS o la OPS y sobre cuáles eran los mitos. Y se les preguntaba a las mamás y al público presente” (Médico Especialista en Ginecología).

Por otro lado, remarcan que es fundamental considerar la importancia de planificar la campaña sanitaria porque esta actividad facilita que sus superiores también puedan hacer una colaboración al área. En palabras de uno de los entrevistados:

- “A mí me invitan a colaborar con frecuencia desde el municipio o a participar en acciones con redes sociales sobre enfermedades no transmisibles. Al margen de eso, acá todo se planifica como corresponde, no podemos hacer las cosas por intuición o por cuenta propia” (Enfermero Profesional).

Asimismo, como se indicó en el capítulo I, la planificación de la campaña en salud materno-infantil implica diferentes etapas. Estos momentos comprenden: la visibilización en medios de comunicación, el diseño y la realización de piezas comunicacionales y la organización de reuniones y más encuentros informales atravesados por la afectividad y amistad.

En este sentido, los entrevistados señalan diferencias en las etapas de la campaña llevadas a cabo actualmente en el hospital regional de Villa Dolores. Principalmente, se asume que el servicio requiere de la incorporación de otras profesiones que permitan realizar un análisis integral de la problemática dado que se proponen soluciones parciales y fragmentadas. En palabras de los entrevistados:



- “Se va tratando y vamos convocando de acuerdo a lo que pensamos que es necesario e importante. Ahora sumamos a la psicóloga y a la trabajadora social” (Lic. en Enfermería).
- “Por ahí, el objetivo de este año es lograr que se acerquen al servicio del área, a los ciudadanos, en nuestro caso, se hace énfasis en las mamás primerizas o en madres que tienen niños muy pequeños” (Empleada Administrativa).

También, como se dijo, se recalca especialmente la necesidad de incorporar las tecnologías de la información y comunicación a los modos, medios y géneros empleados en las etapas del componente comunicativo de la campaña. Se conjetura que esa incorporación favorecería la comunicación con las usuarias. Así, los entrevistados expresan:

- “Deberíamos ir a de a poco amigándonos con la tecnología de la comunicación. Porque desde la pandemia se notó las utilidades que puede tener. Nos ahorraríamos tiempo sobre todo si pudiésemos usar video-llamadas con las pacientes” (Enfermero Profesional):

Por otra parte, las experiencias previas de los trabajadores como participantes en acciones de comunicación muestran un abanico amplio. Como se dijo en el capítulo II, suelen ser los trabajadores médicos y los responsables del hospital regional quienes toman las decisiones más importantes en torno a la arista comunicacional de la campaña. El siguiente testimonio destaca algunos de los roles y las actividades desarrolladas:

- “Tengo una trayectoria de 20 años y un sinfín de conferencias y charlas. Asistimos a entrevistas radiales con los periodistas locales. Pero no hemos creado un programa propio. Imagínate que hiciéramos uno nosotros. Sería un desastre porque ni siquiera sabemos cómo hacerlo. Como te decía, ese es un saber que no tenemos; pero creo que sería una herramienta en la promoción de la salud. En cuanto al mecanismo de las charlas, consisten en que vayamos al lugar, sea escuela o dispensario, y brindemos las características en torno a la salud materna o la educación sexual, por ejemplo” (Médico Especialista en Ginecología).

Tal vez las experiencias del componente comunicativo sean aptas para identificar una aparente desarticulación entre la emisión y circulación de la campaña con predominio de los medios tradicionales (radio, televisión). Algunos autores consideran que los medios por sí solos no logran el efecto deseado en un proceso con intenciones de visibilización pública. Rice y Atkin (1996) sugieren tener en cuenta las potencialidades de otras estrategias además de la mediática: la colaboración en la comunicación cara a cara y otras modalidades de comunicación alternativa como ferias, talleres comunitarios y encuentros vivenciales o conferencias. En ese sentido, se sugiere unificar la comunicación multimedial e interpersonal dado que nada puede reemplazar la participación comunitaria ni el rol de la información que proporcionan los medios (Mita y Simmons en Waisbord, 2001).

### **Los obstáculos y facilitadores de la participación de los trabajadores**

También se indagó, a partir de un corpus de preguntas, sobre los aspectos positivos y negativos de la comunicación para la salud desarrollada en el área de neonatología, así como sobre los aspectos y condiciones que facilitan y/o limitan las prácticas participativas. Por un lado, emergen ideas asociadas a la eficacia en la

valoración de los aspectos positivos en la comunicación para la salud del área de neonatología. Las expresiones de los entrevistados ilustran estas ideas:

- “Y yo te diría que las estrategias y acciones que usamos son las mejores porque las mamás se están informando de lo que hacemos. Y a la vez, les vamos compartiendo nuestro saber de manera más personal o a través de algún medio como pensamos recién: en la radio o el diario” (Enfermero Profesional)

Otros trabajadores enuncian valores tales como la creatividad y el espíritu colectivo como aspectos positivos. Sin embargo, sus respuestas indican orientaciones más vagas que precisas. En palabras de los entrevistados:

- “Trabajamos muy bien en equipo; coordinamos todo. Y además tomamos las sugerencias y los consejos que nos hacen los colegas de otras áreas o de otros espacios” (Empleada Administrativa).
- “Yo creo que cada vez que tratas de integrar más cosas para que resulte más completa, podés tener errores. Porque lo que está funcionando hoy quizás ya no sea útil mañana, ya que todo evoluciona y acá nunca uno más uno es dos y todos los días tenés algo nuevo, nunca terminas de aprender” (Lic. en Enfermería).

Por otro lado, las respuestas de los entrevistados parecen coincidir respecto de los aspectos negativos en la comunicación para la salud desde el área de neonatología. Hacen hincapié en la insuficiente cantidad de recursos humanos, la incongruencia entre la misión y la visión institucionales y el bajo involucramiento de las usuarias.

- “Hay veces que he llegado a pensar que hacemos mucho esfuerzo para nada. Porque la gente a veces no se llega. Nuestro objetivo es la población de mamás pero a veces parece que las invitaciones no llegan. No se si el problema es nuestro o de ellas” (Empleada Administrativa).
- “Básicamente no poder pensar con mayor dedicación y tiempo lo que hacemos en Atención Primaria de la Salud. Esto nos lleva a no poder trabajar de manera adecuada porque no podemos recabar información necesaria o porque el paciente no llega a sentirse del todo escuchado” (Enfermera Profesional).
- “Uno de los factores que incomoda es la sobrecarga de trabajo. No podemos trabajar exclusivamente en las acciones de prevención y comunicación” (Enfermero Profesional).

Además, los entrevistados identifican otros aspectos negativos en la comunicación para la salud emprendida por el área. Estos trabajadores señalan las estrategias reiterativas del componente comunicacional y la rudimentaria formación en la disciplina de la Comunicación:

- “Lo peor es cuando no encontrás esa simbiosis que se tiene que dar entre la paciente y el enfermero. Para que eso pueda comenzar es necesario el interés de la usuaria; que tenga ganas de aprender a amamantar a su hijo/a, que tenga una dieta equilibrada, que se haga los análisis de rutina y demás. Lo negativo acá es cuando no resulta ser recíproco porque acá laburamos con todo, pero a veces eso no vuelve” (Lic. en Enfermería).

- “Tratamos de no equivocarnos o de hacer nuevas modalidades e ideas donde no estamos exentos de eso. Porque lo nuestro tiene que ver más con la práctica que con la formación en comunicación. Pero yo me siento conforme al compararlo con lo que hacíamos unas décadas atrás que era todo de manera esquemática y estereotipada” (Médico Especialista en Ginecología).

A su vez, los entrevistados indican a la confianza y las vivencias compartidas como aspectos y condiciones que facilitan la comunicación para la salud:

- “Te puedo decir que el trabajo en equipo ha consolidado una idea de hacer salud y de hacer comunicación y prevención entre todos los compañeros. A ello, súmale la buena predisposición de la mayoría, ya que dieron el sí para ser parte de la campaña, y también el caudal de experiencias que venimos acumulando y sobre todo de yerros y aciertos también” (Médico Especialista en Ginecología).
- “Si, pueden ser los elementos que envían desde el gobierno, como la papelería o los programas y/o herramientas. Todos los elementos gráficos e impresos son enviados anualmente y pueden ser usados o no, es el equipo del área el que lo define en cada hospital y región”. (Enfermera Profesional).

Asimismo, el recorte del presupuesto estatal en la sanidad provincial es una condición recurrente entre los aspectos que limitan la comunicación para la salud:

- “En la agenda provincial, los trabajadores de la salud estamos padeciendo todo lo que sucede: bajos salarios, y condiciones laborales que son indignantes. Dejamos de ser esenciales como nos decían en la época de pandemia” (Empleada Administrativa).

Por otro lado, los niveles de atención sanitaria coexistentes en la institución y la ausencia de espacios y momentos para articular y consensuar las diferencias simbólicas se suman como condicionantes de la comunicación entre los protagonistas de la campaña analizada:

- “Muchas veces no podemos entendernos con los pacientes; o sea, ni nosotros a ellos y viceversa. Eso ya es todo un problema y así empezamos mal digamos. Porque si no podemos usar palabras claras y lograr una conversación clara y simple es muy complicado. A veces se le pregunta si entienden las recetas que les dan los médicos” (Enfermera profesional)
- “Un poco es el tiempo lo que influye. Acá no solo se hace atención primaria sino también secundaria y terciaria. Por lo que cada jornada es un rompecabezas; siempre aparecen imprevistos o urgencias que vienen a desordenar la organización prevista para el día” (Enfermero Profesional).

Las posibilidades de aumentar la participación en la campaña también aparecen fuertemente problematizadas por el grupo de trabajadores. Sus testimonios resaltan el deficiente compromiso de las usuarias, la calidad de los servicios brindados, las potenciales “cruzadas sanitarias” por los barrios y la carencia de profesionales de la comunicación social. Las siguientes expresiones ilustran estos razonamientos:

- “Si alguna mamá no quiere venir, yo la iría a buscar y la traigo acá al hospital. Y convocaría al área de acción social de la municipalidad. Y, además, así vamos conociendo como es su vida, si tiene trabajo, su dieta y la configuración de su familia” (Enfermero profesional).

- “La verdad que es para pensarlo porque podemos seguir probando y modificando lo que ya tenemos. Pero como te decía, esto es una relación que sucede entre dos partes. Y no solo entre madre e hijo, sino con todo el abanico de servicios que brindamos desde el área de la neo” (Lic. en Enfermería).
- “Yo tengo una idea que sería más cercana a soñar a que estar con los pies en la tierra. Y es lograr trabajar con las madres que tengan experiencia y que hayan pasado por la situación que conllevan los embarazos. Y esto posibilita hacer una especie de ‘cruzada’ en salud materno-infantil por aquellos barrios más humildes de la ciudad” (Empleada Administrativa).
- “Para mi debemos comenzar por recibir capacitación profesional, que nos den un manual de principios de cómo hacer una buena campaña. Recordá que acá no contamos con profesionales de la comunicación y eso, por ejemplo, que en otra ciudad cercana como Cruz del Eje lo tienen. Ellos contrataron a un comunicador social que se encarga de ordenar lo que publican y hacen en el tema de la prevención.” (Enfermera Profesional).

Finalmente, los trabajadores perciben la difícil recepción por las usuarias de las acciones en comunicación para la salud materno-infantil en los siguientes términos:

- “Recién te decía lo del perfil y eso se nota a veces cuando vos le repreguntas y no saben responderte con sus palabras. Hace un tiempo vino una mamá que no sabía leer ni escribir. Y me dijo llorando que no podía entender la receta médica. A veces ni siquiera nos podemos fijar en las sensaciones de las usuarias y eso no está bueno. Porque desde ahí te das cuenta si entendieron o no” (Empleada Administrativa).
- “Estuvimos leyendo que los talleres son una opción más que interesante porque les da lugar a todos. Pero aún no sumamos esa alternativa, pero en la próxima edición vamos a incorporarla. Yo a la comunidad no le puedo reprochar nada porque las formas de trabajo siempre han sido solo entre nosotros: los profesionales. No hemos formado equipos heterogéneos con los habitantes de la región, pero sería interesante probar” (Médico Especialista en Ginecología).
- “Es difícil por no decir imposible lograr que la gente consulte preventivamente o que se haga un chequeo o consulte aun cuando no tiene síntomas. Por eso, para nosotros las campañas son fundamentales porque hacen visibles ciertos temas, lo visibilizan. Y para eso nosotros tenemos un sistema que ayuda a darle continuidad y trabajar con todas esas mamás que vamos captando con esa campaña” (Enfermera Profesional).

### **A modo de síntesis**

**S**e resumen a continuación algunos hallazgos sobre la situación de los facilitadores y obstáculos de la participación de las usuarias en:

**Cuadro V.** Los obstáculos y facilitadores de las modalidades participativas entre trabajadores del hospital regional de villa dolores.

<b>FACILITADORES</b>	<b>OBSTÁCULOS</b>
<b>Trayectorias y experiencias de participación y de comunicación pública de los trabajadores</b>	Sobrecarga de trabajo, falta de tiempo y pluriactividad
	Trayectoria institucional transferencista y límites a prácticas comunicacionales participativas
<b>Trabajo en equipo</b>	Desfinanciamiento provincial en el ámbito de la salud: ajustes y recortes constantes del financiamiento
<b>Vínculos de confianza y afectivos entre los trabajadores del hospital</b>	Burocracia institucional
<b>Diversidad en los perfiles profesionales de los trabajadores</b>	Ausencia de espacios y momentos para coordinar y articular tareas colectivas
<b>Cercanía (geográfica) con la población de destinatarios</b>	Historia de la institución basada en una impronta comunicacional no participativa sino más bien difusionista
<b>Énfasis en la comunicación interpersonal (propia de momentos tales como la consulta médica y la espera en la guardia)</b>	Fuerte verticalidad a nivel institucional. Poco acompañamiento de los directivos.
	Falta de instancias de capacitación a los equipos de trabajo y problematización sobre la comunicación
	Ausencia de profesionales en ciencias de la comunicación
	Carencia de momentos de problematización sobre la comunicación

Fuente: elaboración del autor a partir de datos propios del autor.

En este marco, cabe considerar, entre otras, las siguientes mejoras del componente comunicacional de la campaña de salud materno-infantil:

- Jerarquizar los contenidos.
- Articular el empleo de modos/medios y géneros.
- Segmentar la audiencia en subaudiencias.
- Implementar actividades de evaluación y monitoreo.
- Identificar mediaciones tales como formas de cuidado, pertenencias institucionales e identidades de clase/género.

- Elaborar una planificación de campañas en períodos prolongados y considerar el espacio del receptor así como los desplazamientos conceptuales que supone (Petraccci en González Gartand, 2019)<sup>16</sup>.

En síntesis, las voces de los trabajadores reconocen importantes limitaciones y problemas. Según indica el capítulo IV, la participación es transversal en cualquier proceso de toma de decisión vinculado al desarrollo. La comunicación está ligada directamente al desarrollo, no solo como aporte auxiliar y metodológico, sino como objeto mismo de transformación de la sociedad y de los sujetos que la componen (Alfaro 1993). Así, toda concepción del desarrollo supone otra mirada comunicativa y acaso otra participativa. Si lo local es el punto de llegada y de inicio para interactuar con otras dimensiones del territorio, hay una convivencia puesta en práctica e intrincadas redes de relaciones que juegan en el espacio regional del hospital público.

### **Rol del estado en sus distintos niveles**

Otra serie de preguntas indagó, por un lado, sobre el rol del Estado en sus distintos niveles (local, provincial y nacional) frente a la problemática de la salud materno-infantil. Por otro lado, se abordó de manera específica la función estatal en la comunicación para la salud sobre dicha problemática.

En primer lugar, predomina una responsabilidad provincial en el rol del Estado pues, según se analiza en el capítulo II, el subsistema de salud público ha tendido a una progresiva descentralización que se aceleró en la década de los 90' (Montoya y Willington, 1999). Desde entonces, Argentina es un país federal pero la salud es de competencia provincial. En este sentido, los entrevistados dicen que:

- “Estamos en un año electoral, en donde a veces queda para último lugar hablar de atención primaria de la salud. Hay mucho interés, oportunismo y gremialismo dando vuelta. Esas son todas las cosas que estamos atravesando por culpa del gobierno de Unión por Córdoba” (Lic. en Enfermería).
- “Todos los gobiernos tienen las políticas públicas en salud destinadas a los grupos más vulnerables. Pero por ahí yo entiendo que se olvidan de los pilares fundamentales como son la accesibilidad y la equidad” (Enfermero Profesional).

Estos testimonios resaltan tópicos como el año electoral, la política pública y la accesibilidad. Otros entrevistados hacen hincapié en los “ajustes” y visibilizan algunos hitos significativos a raíz de la pandemia en el año 2020:

- “El rol del gobierno es clave. Si no hay compromiso, se percibe un mal clima laboral que es el que habitamos hoy. Aquí en nuestro hospital necesitamos muchísimos más profesionales y que aquellos que ingresen lo hagan siguiendo un orden de méritos” (Empleada Administrativa).
- “Te tengo que decir que hay planteles de trabajo incompletos desde el año 2000. Entonces hay falta no solo de recursos humanos, sino también de recursos físicos y de insumos. Acá siempre nos esforzamos por ocultar esas deficiencias y sostener y brindar una atención de calidad como nos indican siempre desde la dirección del hospital” (Médico Especialista en Ginecología).

<sup>16</sup> Consultado en Gonzales Gartland (2019): “Comunicación en salud. Conceptos y herramientas”.

- “Tengo algunas críticas, pero reconozco que la pandemia posibilitó que el Estado se hiciera cargo de la toma de decisiones en el ámbito de la salud. Así pudimos conocer y registrar gran parte de los habitantes de Villa Dolores, gracias a los testeos y a la vacunación. Y desde el 2018 tratamos de hacer vinculaciones con los dispensarios de la ciudad, pero no con demasiado éxito aún” (Enfermera Profesional).

Por otra parte, los entrevistados sostienen las siguientes ideas sobre las funciones del estado específicas de la comunicación para la salud materno-infantil:

- “Mirá, el gobierno no compra ni sillas para los hospitales de Córdoba, vos pensás que va a preguntarse por cuál es el mejor modo de difundir la información para que llegue a los ciudadanos. Desde el gobierno de José Manuel De la Sota para acá, el ajuste no ha cesado y hoy se está tocando fondo. Hay varios colegas, por ejemplo, que emigraron y se fueron a trabajar a la provincia de San Luis” (Lic. en Enfermería).
- “Su rol siempre quedó atado a la provisión de cartelerías y vacunas. En esas dos aristas te diría que hacen mucha fuerza. Pero no hemos tenido capacitaciones en torno a la comunicación como área concreta. Eso queda adherido a la voluntad de los jefes encargados de cada área” (Médico Especialista en Ginecología).

Estos testimonios tienden a evaluar como negativo el rol del estado en la comunicación para la salud. Se reconocen aciertos, pero también se requieren ajustes y modificaciones de las políticas específicas. Algunas expresiones de los trabajadores dicen:

- “En ese tema, hay mucho en la página web del ministerio de salud nacional. Están ahí visibles, pero en la parte de la comunicación para la salud queda todo en manos del equipo de salud. Y como te planteaba antes, nuestro equipo se mantiene siempre unido a pesar de las diferencias ideológicas. Pero tenemos la intención de seguir mejorando” (Empleada Administrativa).
- “En la comunicación para la salud hay varias intervenciones. El gobierno pone mucho énfasis en programas específicos como el plan nacer, más leche y más proteína o planificación familiar. Yo creo que se piensa en la comunicación para la salud, pero el tema es como se baja luego en el nivel provincial o municipal” (Enfermero Profesional).
- “Siento que persiguen la idea de trabajar en red y reforzar los cuidados y la prevención. Después, hay que pensar en lo que le falta: por qué no se hacen seguimientos de las campañas en los territorios. Además, te agrego algo que comúnmente no se dice y es que la salud no es solamente ausencia de enfermedades sino también que también implica el qué te diviertas, que estudies, que trabajes y hagas deporte” (Enfermera Profesional).

Los problemas descriptos en este apartado condicen con el auge de políticas liberales donde el Estado nacional o central transfiere sus compromisos sanitarios a las provincias. En un hospital serrano, se registra una transición de prácticas de salud a prácticas de mercado (Cendali y Pozo, 2008). El desfinanciamiento acaece a fines de

los '80 y la década del '90 con procesos de reformas estatales impulsadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. A decir de Calderón (en Bruno y Guerrini, 2014), este proceso es el lado oscuro de la globalización. Así, la complejidad del momento actual genera nuevos desafíos, contradicciones y encrucijadas porque mientras la sociedad cambia también se modifica la dinámica entre incluidos/excluidos. Esta situación conlleva a pensar que la capacidad integradora de la red es tan exhaustiva como el potencial de exclusión para quienes no acceden a ella (Calderón, 2011).

### **La comunicación como una solución emergente en la problemática**

Los trabajadores entrevistados explicitan un consenso significativo sobre la necesidad de seguir trabajando y profundizando las actividades comunicacionales en las campañas de salud materno-infantil del hospital regional:

- “Por supuesto que es necesario trabajar desde la comunicación social en las campañas. La comunicación es fundamental; sin comunicación no existe nada. Siempre decimos que es un pilar fundamental en toda acción y realización del ser humano. Porque si no existiese la comunicación, no existiría nada” (Enfermero Profesional).
  
- “Es imprescindible. Porque no se trata solamente de ser parte y sostén de ese vínculo con el usuario en las consultas sino también ser consciente de que eso no es todo. Creo que de a poco vamos aprendiendo y reconociendo algunos errores como cuando hemos organizado talleres y nadie de la comunidad se llega” (Empleada Administrativa).
  
- “Sin dudas, la comunicación es lo más importante” (Lic. en Enfermería).

Como desafíos, se reconocen algunos núcleos problemáticos susceptibles de mejoras. Por un lado, un mejor aprovechamiento de las instancias de comunicación interpersonal que acontecen en los consultorios. Por otro, la necesidad de revisar y mejorar los procesos de comunicación y articulación entre las instancias gubernamentales municipales y provinciales para generar proyectos y programas de comunicación situados y ajustados a sus contextos específicos:

- “Es fundamental escuchar así como otorgarle seguridad a los pacientes para que se auto-consideren parte de la temática y así empiezan a ocuparse de su salud. Eso, a largo plazo, podría generar modalidades democráticas a la hora de pensar el trabajo en equipo” (Médico Especialista en Ginecología).
  
- “Me refiero a los actores gubernamentales que nunca vienen a consultar a la ciudad de Villa Dolores sobre cómo hacer un programa apropiado y oportuno. Por eso digo que la atención primaria a veces se le pasa por alto al gobierno provincial. Y se sabe que si trabajamos bien ese nivel se reducirían muchos de los problemas en la faceta preventiva” (Enfermera Profesional).



El análisis precedente se inscribe en la articulación conceptual entre Comunicación, Desarrollo y Participación. Como se dijo, el desarrollo implica una idea de intervención en vías a modificar estados de la realidad (Cimadevilla en Thornton y Cimadevilla, 2008). De este modo, se ponen en discusión qué modalidades, saberes y estrategias se emplearán conducentes a generar un escenario participativo viable. Entonces, la comunicación, en ese sentido, “no puede estar ajena a las tensiones que esas luchas implican y que las acciones humanas sostienen” (Cimadevilla, 2006:12), ni tampoco alejarse de su asunción conceptual en vías a crear y estimular la comprensión más que difusión de la información (Waisbord, 2001). Sin embargo, entre las voces de los trabajadores, se otorga relevancia a una mirada instrumentalista sostenida, por ejemplo, en la transmisión de datos sobre prácticas de lactancia.

## **Ideas sobre la participación**

Como mencionamos en el capítulo I, el modelo participativo acentúa la importancia de la identidad cultural de las comunidades locales y de la democratización en todos los niveles (Servaes y Malikhao, 2002). Corresponde, entonces, analizar las diferentes expresiones de los entrevistados sobre los procesos de participación en el ámbito de la salud:

- “Que todos los que trabajamos en salud pública buscamos el bien común y que estamos preparados y te diría acostumbrados a trabajar con lo que tenemos hoy por hoy, se hace lo que se puede. Hay sectores que todavía están muy lejos del hospital regional y a veces no es porque no quieran sino porque no pueden o no tienen vehículo o están en situación de discapacidad. Pero yo siempre digo lo mismo y es que a la salud pública la cambiamos desde adentro, desde el hospital regional” (Empleada Administrativa).

En este sentido, al menos dos de los trabajadores del grupo enfatizan la gestión y comunicación institucional como puntos potenciales para el diseño y la práctica específicos:

- “El trabajo de promoción y prevención en salud de la región debería abrir también la articulación con otras organizaciones y eso sería más potente. Porque la salud debiera estar cerca de la comunidad y ahí la comunicación es primordial para que todos participen. No debemos esperar una nueva pandemia para que eso suceda y reunirnos con los vecinos de los barrios. Ahí, usamos mucho el contacto por WhatsApp y con nuestros teléfonos.” (Enfermera Profesional).
- “Lo que nos falta como equipo de salud es poder trabajar con el armado de redes como se hizo en pandemia y generar consultorios virtuales. Es una buena forma de comunicar y sería bastante futurista” (Lic. en Enfermería).
- “Para eso hace falta el acompañamiento de la dirección del hospital y del gobierno para lograr hacer algo que sea realmente útil para los pacientes, en este caso, las madres. Deberíamos poder trabajar tanto con las urgencias como con la comunicación para la salud. Igualmente, en el día a día hay predominio de la urgencia” (Lic. en Enfermería).

En síntesis, así emergen nuevos espacios en la comunicación para la salud que focalizan su interés en la identidad de aquellas poblaciones que históricamente fueron

rotuladas como beneficiarias de las acciones comunicacionales para el desarrollo, en general, y la salud, en particular. Dado que sus voces, por lo general, no integran los procesos comunicativos, se empiezan a pensar posibilidades y puntos de entrada para que ello suceda. Así, lo local posibilita la construcción de sentidos colectivos, culturales y comunicacionales en vías a fortalecer los lazos sociales, las identidades y la (re)construcción de acuerdos (Uranga, 2008)

### **Concepciones emergentes entre los trabajadores**

**E**n líneas generales, este grupo de trabajadores concibe al Hospital Regional de Villa Dolores como una institución participativa y que atraviesa una significativa reducción del financiamiento por parte del Ministerio de Salud de la Provincia. Los integrantes de este grupo son, en su mayoría, profesionales de la medicina y la enfermería. Sus expresiones validan su labor en las campañas de salud y afirman una mirada crítica sobre el rol del estado, en sus distintos niveles (local, provincial y nacional), frente a la problemática de la salud materno-infantil. Además, emergen en las entrevistas diferentes propuestas para la comunicación para la salud y ciertas coincidencias sobre la necesidad de políticas públicas y la gestión con mirada a largo plazo de campañas que comiencen a sumar las voces de las usuarias, esto es las madres y embarazadas.

### **Acuerdos y discrepancias entre los actores del grupo de los trabajadores del hospital**

Las siguientes ideas sintetizan los aspectos más significativos del estado de situación sobre las principales concepciones de la problemática de la participación en una campaña de comunicación pública para la salud materno-infantil.

**CUADRO VI.** Representaciones emergentes de los trabajadores del hospital regional de villa dolores.

<b>REPRESENTACIONES EMERGENTES DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL REGIONAL DE VILLA DOLORES</b>	
Connotaciones sobre el término " <i>participación</i> "	Predominancia de posturas que reparan en apreciaciones positivas del término.
Ponderación del hospital como institución participativa	Reconocimiento de una matriz participativa en la institución. A pesar que distinguen ciertos comportamientos estereotipados y burocráticos.
Elementos del componente comunicacional	Carteleros, entrevistas radiales y encuentros y reuniones formales e informales.
Identificación de las etapas en la campaña	Discernimiento de los siguientes momentos: visibilización en medios locales de comunicación; recepción y armado de piezas comunicacionales; organización de charlas y encuentros.
Variedad y coordinación de las acciones comunicacionales empleadas	Uso de estrategias que se reiteran. Asumen que <i>hacen lo que pueden</i> .
Conocimiento de dispositivos comunicacionales en otras instituciones	Conocimiento de otras maneras de trabajar en comunicación para la salud en otras instituciones.
Trayectoria y experiencia de los actores	Relato de múltiples experiencias de

en procesos comunicacionales	comunicación y todas realizadas en ámbitos de salud pública como dispensarios o centros pequeños
Aspectos negativos de la comunicación para la salud	Desconocimiento del mundo (simbólico y material) del receptor; falta de formación técnica; vacíos e incongruencias en los momentos de emisión/circulación/recepción
Aspectos positivos de la comunicación para la salud	Experiencias diversas entre los emisores. Experticia acumulada a lo largo del tiempo en numerosas acciones preventivas.
Identificación de los obstáculos para la participación en salud	Sobrecarga de trabajo; desfinanciamiento provincial; burocracia institucional; herencia institucional transferencista
Identificación de los facilitadores para la participación en salud	Trabajo en equipo, recepción de elementos comunicacionales del Ministerio nacional/provincial, creatividad de los trabajadores.
Involucramiento y responsabilidad de los usuarios	No participan en las propuestas comunicacionales. Bajo compromiso en la participación.
Estimaciones sobre la función del Estado	No cumple las responsabilidades en salud pública. Un Estado descentralizado.
Propuestas de los miembros para mejorar los procesos de comunicación y/o participación	Uso de redes socio-digitales; encuentros situados y acordes a las características de la población; sumar otras instituciones como colegios y clubes.
Importancia de la Comunicación Social en la intervención de la problemática	Consenso significativo entre los trabajadores al marcar la necesidad e importancia de abordar las Campañas desde la Comunicación Social

Fuente: elaboración del autor a partir de datos propios del autor.

Para finalizar, en todo proceso de desarrollo y de comunicación para la salud es necesario aproximarse a los valores, experiencias y representaciones dominantes de los actores (Obregón y Waisbord, 2012). Así, la identificación de las representaciones sociales de las usuarias es imprescindible para el abordaje de la participación en una campaña de salud materno-infantil a nivel local. Según se dijo, el interés de este TFL reside en pensar la comunicación apartándonos de miradas difusionistas para abordarlos desde concepciones más exhaustivas e integrales (Fuentes Navarro 2000).

### **Consideraciones finales**

Toda acción de desarrollo comprende acciones intersubjetivas que son diversas y complejas (Alfaro, 2002). Por ello, toda propuesta estratégica propone explícitamente e implícitamente un método de planificación y gestión (Pérez, 2001). Con esta premisa recuperamos las opiniones de los individuos como representantes del grupo de trabajadores.

Algunos de los interrogantes del capítulo I del TFL dicen: ¿Cuáles son las prácticas y procesos comunicativos a través de los cuales se determinan agendas de salud pública?, ¿Se generan instancias de articulación entre las voces actorales, los

problemas que emergen y las soluciones que se piensan? ¿Cuáles son las posibilidades de cambio social y transformación estructural en un orden simbólico neoliberal que genera marcas de desigualdad tanto en la arista material como en la simbólica?

Estas preguntas, en parte son respondidas en el análisis previo de las apreciaciones del grupo de los trabajadores. En términos específicos, este capítulo exhibe que las representaciones sociales sobre la problemática de la salud materno-infantil presentan una compleja postura crítica explicitada en concepciones peculiares de la participación en los servicios de salud con sus obstáculos y facilitadores, la dimensión institucional del problema y la comunicación sanitaria. En suma, los actores locales “*hacen lo que pueden*” y valoran el trabajo con la comunidad mientras señalan la falta de políticas públicas en el ámbito de la comunicación sanitaria.

Esta conclusión general parece adecuada porque los indicios presentados exponen que:

- Se reconoce de manera clara las diferentes definiciones otorgadas a la participación en salud en al menos tres de los entrevistados.
- Se reconoce de manera explícita que el hospital regional es una institución participativa en todo el grupo de entrevistados aunque consideran algunos la posibilidad de introducir mejoras y ajustes.
- Aparece un marcado reconocimiento en torno a la necesidad de incorporar las redes socio-digitales a los medios, modos y géneros del componente comunicacional de la campaña.
- Las representaciones sociales sobre el papel del Estado, en sus distintos niveles (local, provincial, nacional), contienen críticas de las propuestas, consideradas deficitarias frente a la problemática de la salud materno-infantil.
- En general, se distinguen variados obstáculos para fomentar la participación en salud de los mismos trabajadores.
- Se reconocen además numerosos facilitadores en la participación de los actores en los servicios de salud, en general, y en la campaña de lactancia, en particular.
- Aparecen percepciones negativas en cuanto al rol desempeñado por las usuarias en la problemática como así también del Estado provincial que es responsable de las variables estructurales y los recursos comunicacionales.
- Se enfatiza de modo significativo el rol de la comunicación y la participación con acciones que podrían ser más eficientes e inclusivas para los usuarios y los enclaves territoriales.

En los apartados teóricos se destacó una triple articulación conceptual entre Comunicación, Desarrollo y Participación que también aparece entre las voces de los entrevistados como lineamientos que podrían aplicarse en futuras campañas locales de salud. Además, se reitera en las opiniones del grupo las deficientes condiciones de trabajo que perjudican su rol profesional (jornadas laborales complejas, falta de trabajadores, extenso territorio de cobertura).

Cabe entender, en este sentido, una relación dinámica entre las instancias simbólicas, materiales y relacionales del componente comunicacional de las campañas, las prácticas y las políticas sanitarias. Entonces, una mayor articulación entre los modos, medios y géneros comunicacionales operaría como un sólido sostén estratégico que derivaría en propuestas factibles y viables al terreno, según analizamos en el capítulo II.

El desarrollo como matriz con aristas concretas en los territorios resulta de la dialéctica entre las dimensiones sociales, políticas, económicas, culturales e históricas en la cual

la comunicación para la salud puede encontrar intersticios y márgenes de acción transformadora. Estas instancias deberían reconocer cómo son las significaciones otorgadas por la ciudadanía a la vida, el bienestar y la enfermedad (Obregón y Waisbord, 2012).

En ese sentido, se entiende que el enfoque participativo de la comunicación sanitaria habilita agendas, discusiones y acciones con sentido inclusivo. Los discursos de la institución bregan por la participación pero aún no converge la idea con la acción. No obstante, hay que considerar, una vez más, los ajustes estructurales que sufre el sector sanitario público y ciertas condiciones, por caso el compromiso de las usuarias del servicio, sin las cuales resulta difícil sino imposible ampliar y mejorar los procesos participativos de la comunicación para la salud. De este modo, el reto es especialmente instalar estos temas y prácticas en las agendas de poder gubernamentales que definen las numerosas acciones sanitarias. Cabe problematizar los sentidos y estrategias de la comunicación para la salud con impronta territorial. Si bien estamos en una zona de grises ante un horizonte deseado y lejano (Cimadevilla, 2008), queda la posibilidad latente de que suceden otros escenarios más participativos que demandan de un ejercicio ciudadano.

Se plantea, entonces, el problema de que las campañas de lactancia materno-infantil se bajan como “paquetes cerrados”. Por ende, es primordial subrayar la experiencia acumulada en comunicación para la salud, en general, y en las campañas sanitarias, en particular, como insumos para planificarlas y diseñarlas desde los responsables sistémicos e institucionales de los servicios de salud. La experticia disponible es útil para pensar y hacer las campañas en términos de contextualizarlas/situarlas y adaptarlas a las características, necesidades y demandas específicas de los territorios. En este sentido, para completar el análisis, el siguiente capítulo abordará la problemática de la participación en la salud desde la perspectiva socio-cultural de la comunicación focalizada en las representaciones sociales de las usuarias.

# CAPÍTULO VII

## La comunicación para la salud con enfoque participativo: articulaciones y promesas incumplidas entre usuarios

Este T.F.L caracteriza la comunicación de una campaña local de salud materno-infantil reconociendo condiciones inhibidoras y facilitadoras de las modalidades participativas. En ese marco, los capítulos anteriores discuten teóricamente sobre la pertinencia, los antecedentes y los aportes del enfoque participativo del desarrollo en la comunicación para la salud y, además, distinguen las particularidades de una campaña de lactancia materno-infantil así como describen empíricamente el componente comunicacional que presenta. Asimismo, los dos últimos capítulos abordan las representaciones sociales desde un enfoque teórico-comunicacional y detallan las principales ideas y percepciones del grupo de trabajadores.

Este capítulo se aproxima a la interpretación sensible (Bruyn, 1972) de las representaciones sociales de un particular grupo de usuarias o destinatarias de los servicios de un hospital público de la ciudad de Villa Dolores (Córdoba, Argentina) vinculadas a las campañas de lactancia materno-infantil.

Con una metodología cualitativa, se analiza la dimensión significativa del fenómeno. La técnica utilizada es la entrevista en profundidad (Ver guía en Anexos) y, en todos los casos, se reservan las identidades de los entrevistados señalados con números en la reproducción de los testimonios de las entrevistas (adjuntas en la versión digital del T.F.L.) Se entrevistó a un total de 6 personas que asistieron al hospital regional de Villa Dolores durante los meses de enero y abril de 2023.

Como se dijo, el público usuario del hospital regional, por lo general, cuenta con nivel educativo bajo, en su mayoría primario o secundario incompleto; no cuenta con empleo formal y tampoco dispone de cobertura social ni servicio de medicina prepaga (Suárez, 2019). Como se mencionó, a decir de la Trabajadora Social<sup>17</sup>, “suelen venir pacientes mutualizados que luego acuerdan para seguir tratamientos en las clínicas del centro, ya que es común que los médicos atiendan por la parte pública y privada”.

Las entrevistas, orientadas por las guías reproducidas en los anexos de este TFL, comprendieron los siguientes ejes analíticos:

- El componente de los servicios en salud materno-infantil.
- La participación en salud como problema público.
- El enfoque de las campañas en la resolución del problema
- Los obstáculos y facilitadores de la participación de los usuarios.
- La comunicación como una solución emergente en la problemática.

---

<sup>17</sup>Entrevista realizada a la Trabajadora Social de la institución, en el marco de la Práctica Profesional Prácticas Profesionales en Comunicación Institucional oportunamente realizada y aprobada satisfactoriamente en 2019 por quien suscribe.

## El componente de los servicios del hospital en salud materno-infantil

Este primer apartado presenta una descripción de las vivencias de las usuarias del servicio sanitario:

- “Recuerdo que fui a abordar las dudas que yo tuve de lactancia, de ginecología y también lo que pasa en el momento anterior al parto y lo que sigue después” (Usuario 3).
- “(Recuerdo que) yo fui atenderme y hacerme sobre todo controles de rutina” (Usuario 4).
- “Te puedo decir que lo que más recuerdo son los servicios ofrecidos por los médicos y sobre todo la asistencia que brindan las enfermeras. Ellas hacen un muy buen trabajo y siempre trato de agradecerles eso. Porque en momentos de mucho dolor ellas te contienen, te escuchan y te explican todo” (Usuario 1).

De este modo, dos de las usuarias enfatizan la calidad y utilidad de la labor de los trabajadores en salud materno-infantil. Esta evaluación se constata en los siguientes razonamientos:

- “Yo vengo desde que nació mi primer hijo acá al hospital regional y siempre me dieron respuestas y me atendieron bien. Obvio que también siempre escuchas experiencias y rumores que son re distintas; que han sufrido malos tratos o que el diagnóstico no fue el adecuado. Pero la verdad que no sé; siempre están esos comentario pero en mi caso siempre salió todo bien” (Usuario 1).
- “Sí, que son útiles para uno mismo y también porque sirven para que uno pueda brindar información a otra persona de la familia que lo necesite” (Usuario 5).

En cambio, hay otras usuarias que señalan un trato distante, una espera que se convierte en rutinaria e institucionalizada y actividades que resultan insuficientes:

- “En mi primer embarazo estuve muy sola” (Usuario 2)
- “Que son muy pocas. De hecho yo busqué otras actividades como para aprender y/o tener en cuenta. Y muchas veces tenés que esperar a pagar a alguna actividad privada digamos. Pero lo que brinda el hospital no me resultó útil y como yo tenía miedo empecé a buscar información y a preguntar a conocidos. Para mí tiene que haber más voluntad por los médicos de informarles a los papás que pasa; porque muchas veces son los que entran a la sala de parto” (Usuario 4).
- “Que faltan más acciones como grupos de pre-parto y que todas estén mucho más vinculadas y organizadas” (Usuario 3).

Ante el planteo de sí las actividades de salud materno-infantil pueden ser más participativas, las usuarias se muestran optimistas pero consideran que la mayor participación es posible siempre y cuando se introduzcan nuevas acciones aún no contempladas en el sistema público de salud. Así, proponen encuentros interdisciplinarios que trasciendan la medicina y enfermería como así la conformación de grupos de pares. Además, las usuarias señalan que la planificación estratégica y operativa de los recursos humanos es deficiente. Las entrevistadas dicen que:

- “Y sería muy bueno eso si sucediera en alguna oportunidad. Yo lo veo gigante al hospital y me parece re difícil imaginarme que se organicen entre los integrantes del personal. Hay muchísima gente y como que cada uno está en

la suya. Pero qué se yo...no hay que perder la esperanza como suele decirse” (Usuario 1).

- “Siempre se puede hacer más participativo, con más gente que hable, más charlas con doctoras o parteras. Yo noto que Villa Dolores está un poco quedado en el tema y lo digo desde mi experiencia” (Usuario 2).
- “Si, obviamente que sí, en el sentido de por lo menos informar, y de tratar que más gente llegue a conocer las temáticas de la lactancia materna. Por ejemplo, hacer clases de pre-parto y reiterárselo varias veces a las mamás. Que está en curso y que se tiene que hacer. Eso sería lindo, yo lo hice en otro lugar y sinceramente es lindo y muy informativo. Porque llegas al parto de otra manera” (Usuario 4).
- “Por ejemplo, a mí muchas cosas y consejos me sirvieron pero de amigas, no así de profesionales. Ellas te van diciendo y fijate; hacé esto; hacé lo otro pero más que nada del entorno de uno. Pero no del hospital como institución” (Usuario 3).

Asimismo, cabe reconocer aspectos y/o condiciones que operan como obstaculizadores de la participación deseada. Entre ellos, se distingue la cantidad de usuarias atendidas en el hospital regional y la dificultad en incorporar nuevas figuras participativas a los ámbitos médicos hegemónicos. Los entrevistadas expresan que la participación deseada:

- “Puede ser pero es muy difícil porque atienden a muchísima gente. Por la mañana en cualquier día de semana está lleno” (Usuario 5).
- “Si y capaz que sería bueno contar con las experiencias de otras mamás o un acompañamiento más cercano. Porque es como que cuando tenés el bebé estás prácticamente sola. Si bien las enfermeras te ayudan pero es como que falta y te vas haciendo sola y aprendiendo así” (Usuaría 3).

Estos testimonios mencionan características del hospital regional propias de una organización pública, burocrática y verticalista basada en una importante asimetría en el manejo de conocimiento e información sanitaria. Dicha institución, como se dijo en el capítulo II, pertenece al subsistema público cuya razón de ser es el acceso equitativo a la salud por parte de ciudadanos residentes de un extenso territorio interprovincial (Córdoba, La Rioja y San Luis). Las actividades preventivas realizadas evidencian el dominio de la “voz de la medicina” sobre el “mundo de la vida” del usuario (Suárez, 2019). A su vez, el presente TFL muestra pronunciamientos de usuarias con quejas y malestares que destacan algunos vacíos en el funcionamiento del servicio.

### **La participación en la salud como problema público**

**E**ste apartado aborda, en líneas generales, los sentidos alrededor de la campaña de lactancia y de la participación de las usuarias que son características esenciales para conocer las representaciones alrededor de la problemática. En primer lugar, la percepción de la campaña de lactancia evidencia tópicos como dialogo y encuentro interpersonal. Esta inferencia se desprende de los testimonios siguientes:

- “Escucha, contención, acompañamiento, algo así parecido a eso” (Usuario 5).
- “Con el hecho de que nos acerquen información para saber cómo actuar como mamá; siempre me brindaron datos útiles que quizás parecían sencillos pero después se me complicaba un poco” (Usuario 1)



- “Que te traten aconsejar y guiar más que nada; que puedas realizar la lactancia. Y ofrecer tu leche en vez de las fórmulas que vienen digamos artificiales” (Usuario 3).
- “Lo relaciono con el medico que nos atendió a nosotros que fue muy bueno. Con nuestro primer hijo tuvieron mucha consideración. Nos dieron charlas y se armó un lindo clima. Y el médico era más serio que la partera y las enfermeras incluso no nos decía muchas cosas (Usuario 2).

Además, las usuarias mencionan la repetición de patrones comunicacionales limitados en sus aristas simbólicas, materiales y relacionales:

- “Insuficiencia es esa la palabra. Porque para mí son insuficientes. Si bien yo ya me informaba en internet, leía los cartelitos y folletitos, no había alguien que venga y te diga tenes que hacer esto por el bien de tu hijo. Sino más bien había campañas de lectura y para el público que están destinadas a veces ni llegan” (Usuario 4).

En segundo lugar, aparecen significaciones positivas sobre el tópico de la “participación”. Las distintas usuarias concuerdan que trabajar juntos es un rasgo estructurante y generalmente asociado a positivas experiencias participativas. También destacan que hay acciones claves e insustituibles en procesos de esta naturaleza tales como la escucha atenta y la comunicación entre pares:

- “Que se colabora, que están todos juntos” (Usuario 2).
- “Un conjunto de personas con ideas en común y que están destinadas a hacer algo en común” (Usuario 4).
- “Escucha, intervención; bueno, comunicación” (Usuario 5).
- “Ser iguales todos; por ende, debemos recibir los mismos servicios y con la mejor intención. Y con poder estar juntos” (Usuario 1).

Así, emerge una idea asociada a la participación como deseable y productiva. En ese sentido, afirman las usuarias:

- “Y creo que es muy importante que nos consulten acerca de qué manera hacer esas campañas de comunicación. Alguna vez, hace muchos años, participé en alguna de esas campañas pero esas que son de vacunación y que solían hacerse en la escuela secundaria” (Usuaría 5).

En este sentido, las experiencias y trayectorias participativas de las usuarias son acotadas y exiguas aunque reconocen alguna acción concreta e invitación realizada por el hospital:

- “Mmm, creo que eso fue antes de la pandemia. Si, si, ahora que lo pienso debe haber sido en 2019. Y se me hizo difícil llegar a la charla porque no vivo cerca, con los chicos y la escuela y más mi trabajo se me hizo muy difícil llegar a tiempo. Pero me gustan esas actividades; creo que está bueno siempre estar informada” (Usuaría 1)

Una condición semejante muestran las acciones de comunicación un tanto deficientes según expresiones como la siguiente:

- “En esa área hay mucho afiche y lo miras porque estás mucho tiempo en la sala de espera y te pones a leer. Si me parecieron viejos los afiches. Parece que están impregnados en las paredes” (Usuaría 4).
- “Yo vi folletos y panfletos pero no eran interesantes. Si, los ves pero solo de paso digamos. Pero no te asesoran mucho” (Usuario 3)
- “Si recibía por ahí algún folleto pero tenía más cercanía con gente de mi entorno que me acercaba alguna revista como Ser madres hoy” (Usuario 2).

Las experiencias expuestas comprenden indicios pertinentes a la comunicación para el desarrollo con enfoque participativo. A diferencia del enfoque dominante en la comunicación para la salud, esta perspectiva participativa subraya la importancia del conocimiento local, la diversidad cultural y el énfasis en el contexto específico (Waisbord, 2001). La mirada participativa problematiza que las interpretaciones y significados culturales quedan opacadas por el discurso sanitario propio de la intervención legitimado y justificado socialmente con el lenguaje y el saber de la ciencia racional (Airhihenbuwa y Dutta, 2012). Así, el hospital regional, al menos en esta particular campaña sanitaria, propone favorecer la participación y la organización de las comunidades destinatarias de sus servicios pero en la práctica no logran involucrar a las usuarias en instancias dialógicas.

### **¿Un hospital participativo? Ponderación de la institución sanitaria regional**

Otras preguntas indagaron a las usuarias sobre si la institución es participativa mediante las diferentes relaciones de confianza con los trabajadores e instancias de retroalimentación más favorables para la participación. Las posturas de las entrevistadas dicen:

- “Pero no sé si es una institución participativa; si me apuras, te diría que no. Porque nunca es muy notorio algo de las campañas. Sí hay pero por ahí te enteras de rebote digamos” (Usuario 1).
- “Si tenía dudas con respecto a la lactancia, el parto o a lo corporal, el doctor era como que te decía: va ser esto y esto y chau. En cambio, las enfermeras parteras, no. Se tomaba el tiempo para estar con vos, para hablar” (Usuario 2).
- “En una parte estuve con una doctora que mucha participación no te da digamos. Y después a mitad de la gestación cambié a otro; y cuando ibas a otro médico nuevo, era como que todo parecía un trámite. Pero el hospital no es participativo en general” (Usuario 3).
- “No es participativo con la comunidad. Pero si funciona bien la guardia obstetricia, re bien. La atención muy buena y a mí me tranquilizaron. Lo que a mí me había pasado es que había roto bolsa. Entonces, te atienden re bien y te tranquilizan. Te dicen que todavía falta y que me llegue a la clínica. Yo iba a los dos lados. Y con lo que te decían, te aplacaban el miedo. Porque al ser la primera experiencia te asusta” (Usuario 5).
- “Si en algún aspecto. Porque tienes algunos programas. Siempre decían las enfermeras que necesitaban dar un curso pre-parto. Yo busqué otra forma de hacerlo pero no en la institución. Ahí varias nos lográbamos informar de cómo era un parto para no asustarnos en el momento del acto digamos” (Usuario 4).

En este sentido, las usuarias tienden a sostener que no hay lugar para modalidades participativas dado un lineamiento histórico difusionista del hospital. No obstante, también reconocen el anhelo de participar y una voluntad manifiesta de ser incluidas en futuras consultas. Las entrevistas reiteran que:

- “Sí, sí, porque yo soy mamá y conozco los servicios que brinda el hospital desde hace varios años; ya vamos por la tercera generación que asistimos como pacientes ya que mi abuela y mamá se hacían atender en el hospital regional. Y yo he sido mamá en tres oportunidades” (Usuario 1).
- “Sí, de mi experiencia sí, porque de otra cosa no puedo hablar. Eso sería lo bueno, que se pudiesen armar grupos con mamás. Y sería bueno sobre todo para las mamás primerizas como todas lo fuimos. Ya que es bueno escuchar a alguien que ya ha tenido esa experiencia y que bueno, lo puede contar. O que las personas puedan preguntar y sacarse las dudas que tienen porque nadie te pregunta ¿Ché vos como mamá qué dudas tenés? , ¿qué pensás?, ¿qué vas a sentir?” (Usuario 2).
- “Creo que sí puede sumar mi experiencia, como la de cualquier otra mamá primeriza” (Usuario 5).
- “Sí y por cualquier vía. Y para que no le pase lo mismo a otro o que vayan aprendiendo de la experiencia que uno ha tenido. Ayuda bastante” (Usuario 3).

Asimismo, emerge también una visión negativa respecto de sí las usuarias se reconocen como protagonistas activas del servicio sanitario:

- “No, no para nada. Creo que para la institución solo soy un número que va pasando como las demás mujeres que están embarazadas” (Usuario 2).
- “Y no sé si tanto. No sé si es porque es una institución pública pero no te dan para que participes tanto. No te dan lugar para la opinión” (Usuario 3).
- “No fue tenida en cuenta en cierto aspecto. Mi marido tiene una enfermedad de transmisión hereditaria y muchas veces se consultó si era necesario hacer otra clase de estudio o que tipos de estudios podían hacerse. Y no hubo respuestas. Resulta cuando llegué al Garrahan me retaron por no haber hecho los estudios” (Usuario 4).

Entonces, cabe esperar que los recursos (voluntad, deseo y condiciones materiales) y saberes sanitarios de las usuarias no puedan aprovecharse ni potenciarse. Los siguientes comentarios ilustran esa situación:

- “(Contábamos) con conocimientos por haber pasado por esos momentos. A mí me ayudó mucho tener a mi madre cerca, como te decía. Debe ser difícil tener que afrontarlo sola al tema. Ahora que ya soy más grande y pasé por tres veces por la situación de amamantar, o sea que ya conozco los beneficios (de la lactancia materno infantil)” (Usuario 1).
- “En la parte económica, nosotros no estábamos muy bien que digamos pero nos ayudaron mucho también. Por ejemplo, mi suegra con los pañales. Sí tuvimos muchísimo ayuda porque no podíamos con todo. Si bien podíamos, no era mucho, nos venía bien toda la ayuda.” (Usuario 3).
- “Yo estaba con mi esposo, los dos solos así que nos arreglamos como pudimos. Bañarla, por ejemplo, a mí nadie me dijo ´che bañalá así o aza´, yo lo hice como me pareció y que el agua estuviera más o menos. Lo hice yo, lo aprendí sola. Y los recursos económicos estaban, porque yo en ese momento trabajaba en un supermercado y mi marido tenía un criadero de chanchos. Y con eso se guardaba gran parte de la plata para comprar las cosas que le hicieran falta a la gorda” (Usuario 2).

Es importante también destacar que, generalmente, las usuarias no conocen los derechos en comunicación para la salud lo cual funcionaría más bien como un obstáculo para la participación:

- “Nunca conversamos sobre eso. Y eso, que mirá que tenemos varias horas de espera en las salas hasta que nos atienden; que podemos conversar de todo y conocernos. Por eso te digo que es la primera vez que escuchó eso. Y está bueno hablarlo porque nunca pensé en los derechos que tenemos sobre la comunicación para la salud. Pero de boca de los trabajadores nunca lo escuché a eso de los derechos que vos decís” (Usuario 1).
- “Hay dos etapas. Cuando todavía el bebé es pequeño y vos sos portadora de una vida, entonces, todo es importante. Y después está la otra etapa donde no tenés información y sos vos sola y estás con otro pequeño, con alguien que ya nació. Entonces vos dejás de ser importante. Incluso vos ya tenés que saberlo. Es como que desde la salud pública, te dicen y bueno, arréglatela, ya nació” (Usuario 4).

Sin embargo, algunas usuarias manifiestan conocer sus derechos que no se garantizan en la práctica cotidiana. Esta carencia podría operar como una condición facilitadora de la participación porque posibilita la explicitación de las disconformidades:

- “Si, los conozco pero depende quien tengas enfrente. Ahí tiene mucho que ver quien te atiende. Yo de las enfermeras no puedo decir nada, nos atendieron muy bien, te explicaban y te ayudaban porque que cada tres horas me traían a la gordita muerta de hambre para que tome la teta” (Usuario 2).
- Si, estar informado pero no se cumple. Porque en realidad sos como un número. La enfermera viene y te dice que tenés que hacer esto y nada más. Yo, por ejemplo, con el Valen tuve el problema que no mamaba. Y uno que no tenía experiencia con lo que me pasó. Y ahí me sentí muy abandonada; como él no tomaba leche y ya había pasado un montón de horas, entonces ahí nos pusimos un poco firmes como para ver si lo podían ayudar con la mamadera o algo así porque si no iba a ser peor” (Usuario 3).
- “Y en cuanto a la comunicación, tener acceso a información que sea básica y clara. Que yo pueda entenderlo y eso comúnmente no pasa” (Usuario 5).

Esta situación se interpreta como parte de una etapa histórica donde concluye algo de manera definitiva para dar lugar a nuevas modalidades de convivencia social (Arocena, 2001). La atención de estas cuestiones supone no solamente implicar a las usuarias del servicio sanitario en la circulación del mensaje/campaña sino también integrarlas en el entendimiento de las variables simbólicas, materiales y relacionales asociadas a procesos de estigmatización y exclusión. Varias usuarias reconocen sus derechos en comunicación para la salud pero también su falta de garantías, de alcance real y de cumplimiento concreto. De acuerdo con Arrosi y Thoyaret (2011), es impropio hablar de participación sin estar al tanto de la negociación de sentidos operante, la accesibilidad geográfica y la situación económica de cualquier centro de salud.

### **El enfoque de las campañas en la resolución del problema: modos, medios y géneros comunicacionales**

El componente comunicacional de la campaña sanitaria contempla aristas con un énfasis positivo y negativo. Entre los aspectos positivos aparece la transmisión de información y de datos durante la consulta interpersonal y la calidad de la atención profesional. También se hace una estimación positiva sobre los vínculos de confianza

que se entablan con algunos de los trabajadores. Las expresiones subrayan las siguientes representaciones:

- “Si y es el hecho de que yo creo que tratan de informarte de la mejor manera. Especialmente en los consultorios, o cuando los cruzas en algún pasillo de otra área y te frenan para comentarte algo sobre lactancia. O suelen darte siempre algún folleto; que estos también se encuentran en los escritorios de los médicos” (Usuario 1).
- “Que buscan hacer charlas y que las enfermeras siempre están dispuestas para todo” (Usuario 2).
- “Lo positivo te diría únicamente el trato con el médico que lo vi solamente en el quirófano y después no lo vi más, hasta el otro día. Bastante frío pero positivo. Creo que es su forma de ser. Bien digamos pero tampoco excelente. No tan buen trato pero creo que el trato depende más de la persona que lo que hace (profesionalmente). El médico me habló muy bien; pero no sé sí con todas será así” (Usuario 5).

Por otra parte, entre los aspectos negativos se mencionan acciones que logran ser visibles y campañas que no cumplen su objetivo. Las siguientes menciones habilitan esta conjetura:

- “Y por ahí nadie nos informa cuando organizan alguna charla. O cuando lo hacen, no toman en cuenta que muchas trabajamos y no vamos a poder llegar. Es una lástima. Porque, por una cosa u otra, ya sea porque tenemos que ir a buscar a los chicos a la escuela, o a trabajar o cuidar algún adulto mayor/abuelo/madre. Yo estoy sola con mis hijos para criarlos y eso es muy difícil de organizar” (Usuario 1).
- “Y que la información no llega a todos. Ellos se encargan de darte información básica. Pero no llega la información que es un proceso más específico que también es necesaria. Porque hay chicos que no quieren tomar la leche porque no se puede pegar al pezón de la madre. Es por esto. Y hay muchas formas de que la madre produzca más leche ¿Por qué no los cuentan de esa clase de cosas? Yo cuando consultaba era para reafirmar porque ya lo había buscado y se lo había preguntado a alguna amiga.” (Usuario 4).
- “Estaría bueno que se hagan más y que se fomente más la salud materna; que les comenten a todas las mamás que cosas les pueden pasar y que cosas no les puede pasar. Todo suma para mí” (Usuario 2).

Asimismo, otras usuarias reconocen otros aspectos negativos como una transmisión inoportuna de la información y una escasa disponibilidad para la contención profesional en situaciones dolorosas y de enfermedad:

- “Si la falta de empatía por ejemplo de la doctora esa. Una falta de tacto para decirte las cosas. Sí, yo creo que eso fue lo más feo que me pasó. Y después con el otro médico era como que sí, bien, me atendía bien, tampoco estaba tan bien, porque él tampoco me contaba bien las cosas del embarazo. Como, por ejemplo, él no me pesaba o como yo ya venía de otros controles había cosas que eran más rápidas” (Usuario 3).
- “Lo negativo es como que no te hablan nunca y te dejan sola después del parto, sobre todo. No te acompañan mucho digamos en como amamantar o de como revisar al bebé. Esas cosas estarían bueno que te lo comuniquen. Que te digan que hay ciertas cuestiones a tener en cuenta y cuales son para estar

atento a sus señales, no sé. Como que cero comunicaciones digamos después del parto” (Usuario 5).

A su vez, las respuestas de las usuarias desconocen otros modos de trabajar la comunicación para la salud materna. Los testimonios significativos dicen:

- “Conocí una institución en Córdoba. Y la burocracia es tremenda. Como que tenés pasar un papel de acá para allá y después que te lo firmen y que sí y que no. Y así” (Usuario 5).
- “Pero en Córdoba si bien la espera fue muy larga, el medico fue y dijo que estaba demorado. Él se presentó en persona. Muy humano, muy buen trato y me explicó todo. Y todo el equipo también muy humano. Después incluso te preguntan cómo te sentís; va otro que te da la medicación y te dice cuáles son los pasos a seguir y cuando tenés que volver. Y hasta el mismo medico a cargo de la cirugía también muy bien. En Córdoba (capital) mi experiencia fue muy bien” (Usuario 5).

Esta limitación de la comunicación para la salud también se atribuye al subsistema privado del servicio sanitario. Una única usuaria entrevistada recurre a los servicios privados y públicos de salud materna y valora positivamente al hospital regional señalando un déficit en la comunicación para la salud de la atención privada:

- “Yo en el hospital vi algunos afiches pero en la clínica absolutamente nada. En los públicos sí se trabaja la salud materna. Recuerdo haber leído folletos también. Por eso, en los (lugares) públicos eso se nota y es mejor que en lo privado” (Usuario 5).

Una situación semejante ocurre en los dispensarios municipales donde algunas usuarias reconocen relaciones de confianza con el trabajador de la salud pública en instituciones que cuentan con limitantes técnicos y de recursos humanos:

- “Solo fui al dispensario de mi barrio pero era todo muy breve e informal. No tenían muchos recursos para que me continuara atendiéndome ahí. Si, está bueno porque es la ginecóloga que ya venís viendo de adolescente. Te despierta más confianza; te sentís mejor. Y para ir a lo privado, no tenía recursos” (Usuario 4).
- “Para mí es mejor el hospital regional de acá de Villa Dolores. Pero también es re diferente si lo comparas con lo poco que hace el dispensario de mi barrio. Yo vivo en el barrio Cura Brochero<sup>18</sup> y allí hay muchos folletos y afiches. Pero informan de muchas cosas que están de moda: como el Covid-19 o el dengue. Pero los médicos clínicos van solo una vez por semana; o sea que realmente no te sirve de apoyo eso. Solo es bueno ir al dentista porque hay pocos pacientes digamos. Pero no armas vínculos con ellos como sucede con las personas que laburan en el hospital. Por eso siempre acudimos al hospital regional y eso lleva a que seamos pacientes y ya casi familiares” (Usuario 1).
- “Siempre me hice atender en el hospital. Mis compañeras de trabajo que eran mujeres más grandes eran las que me ayudaban y asesoraban. Me decían que fuera al hospital y no a las clínicas. Porque tenés que pensar que se puede

---

<sup>18</sup> La ciudad de Villa Dolores cuenta con 18 barrios. En cada uno de ellos como en el barrio Cura Brochero existe un centro de atención sanitaria los cuales se denominan comúnmente como dispensarios. La atención no es permanente, se aboca a la atención terciaria de la salud y solo se cubren algunas áreas básicas tales como odontología, medicina clínica y enfermería básica.

complicar un parto, que puede pasar esto o lo otro. Entonces vos ahí tenés en cuenta esa sugerencia. Quizás les falte la contención pero tecnológicamente cuentan con servicios que son útiles para neonatología. Y las enfermeras son una maza” (Usuario 2).

En síntesis, los resultados de la investigación realizada en el oeste cordobés permiten conocer ahora algo más sobre las potencialidades y límites concretos del componente comunicativo para promover modalidades participativas. En la fase de recepción se reconocen el empleo de estrategias comunicativas y de un discurso profesionalizado que obtura la comprensión por parte de las usuarias. De este modo, la omisión de los rasgos territoriales y el escaso reconocimiento de los aspectos materiales, simbólicos y relacionales de los usuarios caracterizan a la comunicación para la salud. En un sentido más amplio, cabe inferir que el neoliberalismo instala la idea de una “neutralidad falsa” y tiende a justificar al Estado en sus incumplimientos de la atención de las demandas sanitarias, en general, y de la comunicación para la salud, en particular.

### **Los obstáculos y facilitadores de la participación**

**E**ste apartado describe los obstáculos y facilitadores de las modalidades participativas y la forma que adquieren en las prácticas de los actores. Se mencionan así ideas factibles como la atención de calidad, la proximidad institucional, las redes familiares de contención y la atención permanente del hospital:

- “La presencia de las enfermeras siempre agregan un clima de buena onda. Son muy amorosas en el trato y eso ayuda mucho en esos momentos. Y, otra cosa que es buena para mí, es que los médicos saben mucho. Yo siempre me atendí con el mismo doctor pero hay dos médicas mujeres en el área que supuestamente también son buenas. Lo sé a eso por comentarios de amigas que van a controles con ellas. Y las enfermeras siempre dan con la palabra justa en el momento indicado. Tienen mucho tacto. Es como que realmente te ayudan siempre (al
- menos esa es mi experiencia al día de hoy). O te dicen chistes que, a veces, no sabés si reírte o llorar. Pero siempre creo que con eso buscan relajar los momentos de la consulta que más de una vez se convierten en tensos o aburridos –ya que siempre tenemos que esperar unas cuantas horas en el área de Neonatología; por la cantidad de mamás que siempre están esperando con sus turnos-“ (Usuario 1).
- “Que si tienen los conocimientos; en eso te dan seguridad porque saben” (Usuario 3).
- “Y puede ser el trato que tiene el médico. Por ahí suelen ser amables o fríos. Depende quien te toque. Pero para mí el personal de enfermería es muy cálido y sobre todo quienes trabajan en el área de hace muchos años que ya tienen mucha experiencia y más tacto” (Usuario 2).
- “para mí el grupo de enfermeras es un aspecto que facilita la comunicación para la salud en neonatología. Como trabajan muchas horas y son grandes, ya conocen hasta los familiares de los pacientes, de que barrio somos, y cosas así. Y eso es muy bueno (a pesar que Dolores crece aún nos conocemos entre todos y eso es valioso) porque te da confianza y tranquilidad sobre todo sí hay que ir a hacerse ver o a buscar algún resultado de estudios medios complejos. Y en cuanto a los médicos si usan explicaciones que son más breves y por ahí usan alguna palabra que vos te quedás tecleando. Ni a las recetas les podés

entender pero siempre yo le consulto a alguna de las chicas enfermeras” (Usuario 1).

- “Creo que facilita que acá en Dolores nos informamos todavía entre conocidos, con el boca en boca digamos. Y eso facilita; hay cercanía física con el hospital y es una comunidad dentro de toda chica” (Usuario 5).

Como contrapartida, aparecen entre los obstáculos la desorganización del área de neonatología, la planificación deficiente, la burocracia institucional, el predominio de discursos técnicos-científicos y la falta de recursos. Los siguientes fragmentos apoyan esta inferencia:

- “Y que a veces no se informan. O al menos nunca con el tiempo de anticipación para organizarme y poder ir. Porque a mis hijos me los puede cuidar mi mamá y en el trabajo ver como hago. Pero sí, siempre yo noto muchos carteles. Puedo decirte también que sería bueno sumarle cosas nuevas a los mensajes que ya hacen como, por ejemplo, usar internet o las redes sociales; armar videos; o cosas que llamen más la atención” (Usuario 1).
- “Que para ellos, sos un número y quizás es por eso, su frialdad. Ellos tienen que hacer tantas consultas y capaz que por eso lo hacen todo medio rápido. Vos te das cuenta a veces de eso” (Usuario 3).
- “Si, la falta de recursos es notoria. Vos entras al hospital y lo notas. Cuando nació la Danu en donde estaba internada entraba un chiflete por la ventana. Y en la maternidad hay muchas camas. Creo que la cantidad de enfermeros está bien pero no sé si estuvo bien como se iban turnando. Por una cuestión de que ellos se iban a la sala de enfermeros y nos dejaban solos. Y yo lo que menos quería era eso” (Usuario 4).
- “Generalmente, es que el hospital no tiene recursos. Que digamos que no tienen muchos recursos desde lo económico y no hay como una planificación más allá de los recursos que pueda tener o no; parece todo desorganizado. Pero mucho de lo que pasa se debe a que están sobrepasados y no hay mucho personal y atienden a muchísima gente. Eso me da la sensación, que se debe a eso. Están re sobrepasados” (Usuario 5).

Asimismo, las usuarias entrevistadas afirman que, con ciertos ajustes, pueden imaginarse escenarios más participativos de las actividades de comunicación en salud. En su mayoría, proponen como medidas visibilizar los beneficios de la salud materna, reconsiderar el respeto y la escucha en la relación trabajador/usuario, como así también lograr una mayor coordinación de tareas entre los médicos y enfermeros. Los testimonios expresan:

- “Que sean empáticas y respeten a todos las mamás; hay personas que viajan muchísimos kilómetros a escuchar a un médico y se merecen que las atiendan bien, que las escuchen; cuando sos mamá experimentas cambios como en ningún otro momento de la vida. Porque te sentís re pesada. Además, que se reniega mucho sobre todo con la incertidumbre. Porque no es fácil amamantar y cualquier bebito corre riesgo sin ese alimento en los primeros cuatro/seis meses de vida. Y eso te da un susto; como que te perseguís con todo o cualquier cosa que notas en tu hijo. Y todo eso, para recuperarte y llevar una vida medianamente normal, te lleva un año y medio o dos. Mi mamá siempre decía que sus partos le habían significado mucho dolor; y ahora puedo entenderla mejor” (Usuario 1).
- “Tener un acompañamiento más personalizado, más cálido (como deuda). Desde que empecé con la ginecóloga que me atendió al principio, ella



renunció y como que nos largó así y con un pronóstico re malo del Valen que iba a nacer. No sé si ella lo dijo por enojo con el hospital. Yo con ella fui hasta los siete meses y dijo cuando nazca el bebé viene con un problema de corazón. Vos fijate. Pero quédense tranquilos que acá están en buenas manos y cuando nazca lo van a operar. Nos largó un montón de cosas así. Yo estaba re mal y no sabes cómo volvimos. Tuvimos dos días hasta que pudimos conseguir un turno. Y el nuevo doctor nos dijo que nada que ver; que eso era algo normal (Usuario 4).

- “Si como te decía con más charlas hacia la gente, con más doctoras e ir a los colegios. Moverse más y hablar del tema con tranquilidad. Porque ni siquiera se habla de la salud materno-infantil” (Usuario 2).

De este modo, las usuarias proponen líneas de acción para enriquecer las modalidades participativas. Estas sugerencias comprenden la formación de grupos de pre-parto que fomente la escucha a las mamás primerizas. Las reiteradas expresiones indican que:

- “Escuchando a las mamás que ya pasaron por la experiencia” (Usuario 2).
- “Sí. Yo haría como una comisión de madres que puedan acompañar así a las personas. Es más nosotras deberíamos armarla porque las experiencias son heavy. Para que todo esto sea más humano digamos. Yo haría eso digamos” (Usuario 3).
- “Me parece que debería haber un espacio para conocer qué nos pasa a nosotras. Pero se vive como un trámite en realidad. No es que la persona deja de importar pero se vive así como un trámite; viene éste, lo atendemos y así, y luego sigue el otro. Y eso más que todo en las guardias” (Usuario 5).
- “Y cómo te decía recién, para mi puede ser por comenzar a invitar a la gente de acá. Y eso es toda la ciudad de Villa Dolores ya que hay muchas personas que se sumarían a participar” (Usuario 1).
- “Sí. Dando lugar a las emociones, escuchando más. Sobre todo los médicos. Se olvidan que somos mamás primerizas. Y que todo es nuevo y lo afrontas sola prácticamente” (Usuario 4).

Por otra parte, una sugerencia importante destaca la inexistencia de un espacio físico para canalizar dudas, inconformidades y quejas con el servicio:

- “No hay un espacio para que te escuchen, para que vos puedas dejar una sugerencia o una queja. Acá todo el mundo escucha en las redes. Esa es la única forma que tienen ahora de dar a conocer la disconformidad de ciertas situaciones. Se los escucha ahí nomás a los médicos y a los enfermeros. Pero todo a través de las redes. Como que lo más efectivo hoy es eso. Como que la voz del paciente no es tenida en cuenta. No hay un espacio para eso. Y eso justamente porque es muy pobre el sistema de salud. No es porque no puedan hacerlo. Es porque no se contempla eso; a nadie le importa la gente. Te atienden y chau. Bien o mal no importa pero te atienden y listo. Nos vemos. A nadie le interesa como te fue y como seguís después” (Usuario 5).

En síntesis, la comunicación realizada en una institución sanitaria, a través de diferentes modos, medios y géneros comunicacionales (Carniglia, 2019), genera un contrato con las usuarias a los que apunta a movilizar. Así, la prevención de la salud no consiste solamente en acciones preventivas basadas en la mera transmisión de información sino que exige también una tarea de persuasión. Como explican Anunziata y Godio (2007), la persuasión es otro concepto esencial en la definición y la puesta en práctica de una campaña pública de salud.

Se resumen a continuación los hallazgos sobre la situación de los facilitadores y obstáculos de las modalidades participativas identificados por las usuarias del servicio sanitario:

**CUADRO N° VII.** Los obstáculos y facilitadores de las modalidades participativas entre usuarios del hospital regional de villa dolores

FACILITADORES	OBSTÁCULOS
Atención clínica de excelencia determinada por el saber profesional del Modelo- médico hegemónico	Relaciones en las consultas que generan incomodidad: no escuchar a los usuarios, no brindar un relato con sugerencias y señales a tener en cuenta en el proceso de salud materna y/o emitir diagnósticos confusos.
Proximidad (afectiva, geográfica) entre la institución y los usuarios de Villa Dolores	Insuficiencia de recursos (humanos, técnicos, físicos); desfinanciamiento provincial
Relaciones continuas en un lapso de tiempo considerable entre profesionales y usuarios	Pluritrabajo y sobrecarga laboral
Trayectorias de participación en acciones comunicacionales (que si bien han sido escasas podrían fortalecerse)	Cobertura de un extenso territorio interprovincial (Córdoba, La Rioja, San Luis)
Vínculos de confianza entre los mismos usuarios dado por las esperas compartidas en la guardia y consultorio	Empleo de palabras de difícil comprensión, términos propios de la jerga médico-profesional
Obtención de saberes y experiencias sanitarias dadas por ejercicio de la maternidad	
Predisposición, disponibilidad y voluntad de participar en futuras acciones comunicacionales	Burocracia institucional del hospital
Redes de apoyo familiar	Ausencia de planificación institucional en general. Y en el área de neonatología, en particular
Conocimiento de los derechos en comunicación para la salud	Inexistencia de un espacio institucional democrático que posibilite que se expresen las discrepancias y quejas de los usuarios
	Rudimentaria participación de los usuarios en acciones previas de índole comunitaria
	Desconocimiento de los derechos de comunicación para la salud

Fuente: elaboración del autor a partir de datos propios del autor

En síntesis, este apartado asume que problematizar el proceso participativo de la usuaria del servicio de salud pública implica evidenciar tensiones y articulaciones complejas. Además, cabe entender que la comunicación y la cultura forman una intersección primordial en la ejecución, programación y gestión de una campaña pública de alcance local. Como se dijo en otras secciones, son los ministerios o las áreas de salud provincial quienes elaboran los mensajes preventivos bajo una lógica enunciativa estereotipada. Se advierte, desde las perspectivas de la comunicación

para el desarrollo con enfoque participativo, que una de las condiciones para la inclusión del usuario es el acceso a la información. En ese sentido, Waisbord (2001) explica que los proyectos de modernización subestimaron el conocimiento local y que se tiende a virar a concepciones que fijan su interés en la comunicación entre las personas más que a través de los medios convencionales y digitales.

### **La comunicación como una solución emergente en la problemática**

**E**n este marco, las representaciones de las usuarias coinciden en fortalecer el trabajo de la comunicación social en la problemática de la salud. Sus voces manifiestan:

- “Si para mi podría ser importante. Ya que por ejemplo durante la primera semana de lactancia materna me dio la sensación que era todo muy simple. Sin embargo, cuando llegó la segunda semana, la historia ahí cambió y se hizo todo muy duro. Tuve molestias y sensaciones de mucho dolor que me duraron un par de semana. Por eso, ya no quería amamantarlo (pero claro que lo seguía haciendo) y mi hijo deseaba tanto ese momento-se desesperaba él-; él se inquietaba mucho. Como que me las tuve que aguantar –en referencia al dolor- unas semanas que parecían no terminarse nunca. Ahí me incomodaba el agarre pero luego de ese mes difícil se me terminaron los dolores casi de manera automática. Y además me aliviaba ver a mi hijo crecer sanito y con la suba de peso” (Usuario 1).
- “Y sí. Se debería ya estar usando. Yo imaginé que ya creaban campañas desde la comunicación social. Si, obviamente que sí, sin dudas. Porque da la sensación que hacen campañas sin pensar mucho. Y no hubiese ninguna planificación. Y no sé si te diría que usen afiches porque ya creo que no se leen mucho. Hay poco trabajo de comunicación social. Y debería pensarse en todas las mamás para que haya menos tormentos y más datos” (Usuario 4).

Las usuarias también destacan que el uso de las redes socio-digitales y el fortalecimiento del trabajo con otras instituciones y organizaciones territoriales ayudaría a mejorar y sostener el proceso participativo en el servicio sanitario:

- “Estaría bueno usar redes sociales. Pero también hacer campañas en las escuelas. Yo trabajo en una escuela de la localidad de Conlara –también en el valle de Traslasierra- y la realidad es que muchas de las alumnas asisten con sus niños a la escuela. Niñas/adolescentes con sus hijos que ni saben cómo actuar ante ciertas situaciones. Eso me parece importante. Allí no funcionan los dispensarios que te brinden anticonceptivos. Esos pueblitos quedan lejos y solo reciben la visita del médico una vez a la semana. Y yo veo en los jóvenes que conozco por mi trabajo que consumen muchas redes. Por eso estaría bueno hacer campañas para compartir por ahí. Así como hacen publicidad política estaría buenísimo que pudiesen destinar a hacer esas campañas” (Usuario 5).

Una entrevistada tematiza la mirada instrumentalista de la comunicación, con énfasis en la difusión de la información, para reclamar acciones de comunicación más comprensivas y no sólo supeditadas a acciones informativas y de educación para la salud:

- “Difundir de alguna forma desde la prevención, la educación sexual y la lactancia. Para mí, falta mucha información, sobre todo en las mamás que nos sentimos solas en ese momento. Por eso hace falta la comunicación, ya sea en la radio, con más charlas u otras formas de llegar a la población como reuniones. Porque, por ahí, si bien lo dicen en la tele o en la radio no llega de la

misma forma como presentarlo o hacerlo en un colegio. Empezar a hablar desde una temprana edad a difundir todo lo que implica la salud: un embarazo deseado y como cuidarse” (Usuario 2).

En síntesis, los datos de este apartado tensionan las ideas teóricas del capítulo III que concibe a la comunicación como eje de articulación de sentido y no como instrumento vacío solo de importancia para difundir los mensajes (Jaramillo, 2012). En ese mismo sentido, Agunga postula que el concepto de “comunicación” implica un proceso de crear y estimular la comprensión como base para el desarrollo más que una transmisión de información (en Waisbord, 2001). Esta mirada fortalece el principio participativo primordial para lograr intervenciones integrales y exploradoras de nuevos modos, medios y géneros de la comunicación así como de nuevas voces que rebasen el modelo profesionalizado. La perspectiva también apunta a conocer las necesidades de la ciudadanía para involucrarlos en la producción de los contenidos y así superar lógicas verticalistas y difusionistas.

### **Otras ideas sobre la participación**

**E**ste apartado retoma las características, saberes y posturas de la modalidad participativa para reconocer los límites específicos de la institución sanitaria. Las voces de las usuarias destacan demandas claras:

- “Para agregar puedo decir que existan más espacios donde las madres puedan hablar y escucharse” (Usuario 2).
- “Que tienen que mejorar y hacer otras ideas sobre comunicación más originales. ¿Porque no usar las redes sociales? ¿o compartir imágenes o ideas por el WhatsApp? Si todas ya lo usamos al Instagram o a Facebook. Porque, como ya sabemos, está bueno conocer que la lactancia ayuda muchísimo al vínculo con el bebé” (Usuario 1).
- “Y sumar las redes sociales que yo creo que todo se basa por ahí. Pero también están buenos los encuentros de mujeres. Pero no sé si van muchas. Es difícil el tema porque a veces la gente no tiene interés en las cosas” (Usuario 3).

Otras usuarias demandan focalizar la dimensión comunicacional acaso atravesada por una imposición de estereotipos y una agenda temática con temas recurrentes:

- “Pero más allá de la comunicación también tomar a la salud como algo integral y no solo desde lo físico sino también considerar la parte mental y espiritual de las madres que hoy nos toca esto”
- “Por ejemplo, antes del parto existe esto de la alimentación; las clases de actividades que puedes hacer con él bebe; actividades donde prepararse mentalmente para el momento de tener una nueva vida; no hay una cuestión sobre lo psicológico, algo que nos ayude emocionalmente. Entonces, está bien nos ayudan desde lo físico, desde los consejos tales como que tenés que hacer fuerza así con la panza para parir. Perfecto, me encanta. Pero se centra en lo biológico no en lo psicológico/lo emocional de la madre y ni tampoco en lo sensorial del bebé. Solamente en lo biológico; son campañas biologicistas” (Usuario 4).
- Además, ni siquiera me reconozco en los afiches o folletos que suelen estar en los consultorios de atención. Y me parece importante que se comparta

información concreta. A veces no tenemos la capacidad de filtrar tanta información. Pero si hace falta informar sobre cuestiones básicas: como amamantar, el cuidado del cuerpo, el tema de la higiene. Porque a veces invaden con ciertos temas como el dengue, el covid ya veces eso es como que ya están los datos. Que sea más amplia y constante para que llegue la información a todos: abuelos, niños, adultos y jóvenes. Pero también hay una cuestión política porque el hospital no está cerca para cualquiera al final” (Usuario 5).

En síntesis, este apartado alude a las categorías de las modalidades participativas. En ese sentido, Obregón (2011), destaca las necesidades locales, los procesos endógenos y el énfasis en la autodeterminación. Sin embargo, estos rasgos no son tan visibles en el hospital regional pero sí se reconocen rasgos de una transición hacia modalidades más inclusivas.

La tendencia general muestra fuertes modelos normativos de la comunicación para la salud en el hospital regional. Es decir, se requieren estrategias que relacionen las aristas simbólicas, materiales y relacionales de tradiciones medicinales como la “normativa” y la “popular” (Petracci y Waisbord, 2011). En palabras de Uranga (2011), ello implica pensar en nuevas formas de hacer o de generar criterios para el hacer.

### **Acuerdos y diferencias entre los usuarios sobre la participación en salud**

Contra todo intento de conclusión definitiva, siempre improbable en las ciencias sociales, las ideas expuestas a continuación sólo conforman un estado de situación del fenómeno. Entonces, cabe resumir las diferencias y similitudes en las representaciones de las usuarias sobre la participación en salud del siguiente modo:

**CUADRO N° VIII.** Representaciones emergentes de los usuarios del hospital regional de Villa Dolores.

<b>REPRESENTACIONES EMERGENTES DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE VILLA DOLORES</b>	
Connotaciones sobre el término “participación”	Predominio de posiciones diversas con énfasis en rasgos positivos
Connotaciones sobre el término “campaña de lactancia materno-infantil del hospital regional”	Posiciones que sostienen en apreciaciones negativas
Ponderación del hospital como institución participativa	Estimaciones que señalan una matriz no participativa
Descripción del componente de servicios en salud materno-infantil	Servicios de calidad durante los momentos del embarazo, del parto y del puerperio.
Conocimiento sobre los derechos en comunicación para la salud	Desconocimiento de los derechos en comunicación para la salud
Recursos para atender la salud materno-infantil.	Un caso afirma tener recursos económicos. Otros casos poseen conocimientos, saberes y experiencias de maternidad.
Percepciones como actores de la	No se reconocen como parte integral de la problemática; pero si aceptarían

participación en salud	convocatorias a participar
Utilidad de las actividades de comunicación	Reconocen que son de utilidad pero que aún hay deudas pendientes en la temática. .
Conocimiento de otros dispositivos comunicacionales institucionales	No conocen en su mayoría otros modos comunicacionales ya que solamente acuden al hospital regional.
Participación en acciones de comunicación en el hospital regional	Señalan una participación escasa y/o rudimentaria en acciones de tipo difusionista.
Descripción de los aspectos negativos de la comunicación para la salud	Falta de información; acompañamiento profesional deficiente; e impronta biologicista (uso de términos del léxico profesionalizado)
Descripción de los aspectos positivos de la comunicación para la salud	Atención permanente que favorece el encuentro interpersonal; familiaridad con algunos médicos
Identificación de los obstáculos para la participación en salud	Burocracia institucional; carencia de recursos, relaciones “frías” de los trabajadores; complejas jornadas laborales; ausencia de invitaciones institucionales
Identificación de los facilitadores para la participación en salud	Saber/conocimiento médico profesional; conocimiento de los usuarios entre sí, vínculos genuinos con los profesionales de la enfermería
Propuestas para mejorar los procesos de comunicación y/o participación	Incorporar redes socio-digitales; coordinar grupos de pares; organizar encuentros entre usuarias; habilitar un sitio para formalizar quejas y/o recomendaciones; capacitar en paradigmas sanitarios más integrales y holísticos.
Importancia de la Comunicación Social como intervención en la problemática	Énfasis en considerar a la Comunicación como una manera de mejorar la participación en salud pública

Fuente: elaboración del autor en base a datos propios

En este sentido, nuestro reconocimiento de las representaciones sociales (Ver Cuadro N° VIII) sobre la participación en salud y la comunicación específica esboza perspectivas convergentes y divergentes. Barbero (1999) explica, al respecto, que en escenarios conflictivos es significativo conocer las diferentes hablas y palabras que movilizan las distintas significaciones y las numerosas realidades que los actores construyen. Entonces, para hacer factibles los procesos de cambio social en salud se requieren estrategias que contemplen oposiciones, conflictos, intereses y demandas a nivel individual, institucional y sistémico.

## Consideraciones finales

Como se menciona en el capítulo I, la renovada e insistente preocupación por la cultura y su relación con el desarrollo genera interrogantes en torno a la conformación de la ciudadanía y el reconocimiento de la diversidad cultural y el ejercicio pleno de derechos (Bruno y Guerrini, 2014). En ese sentido, cabe identificar y analizar aquellas demandas y dilemas que aún persisten en el subsistema público de salud. Por esa razón, relevamos las apreciaciones de los individuos como representantes de un grupo determinado de usuarias que acuden con frecuencia a los servicios del hospital regional.

Las preguntas de los apartados anteriores interrogan sobre: ¿Cómo realizar procesos endógenos que repare en las voces de los usuarios?, ¿De qué manera promover la participación a nivel local entre los actores de la campaña de lactancia materno-infantil?, ¿Cómo recuperar los saberes y conocimientos que tienen los usuarios en el terreno?

Estos interrogantes son respondidos en este TFL desde las posiciones emergentes del grupo de usuarias entrevistadas. Este capítulo, en particular, evidencia que las representaciones sociales sobre la problemática de la salud materno-infantil comprenden una serie de concepciones en torno a la participación en las campañas de salud materno-infantil como así los obstáculos y facilitadores de la participación. Así, los distintos actores locales reconocen que, con pequeños ajustes, las campañas tendrían mayor utilidad y posibilidades de apropiación material y simbólica.

Esta conclusión es pertinente a los siguientes resultados de la investigación:

- numerosos y variados sentidos se distinguen sobre los tópicos de “participación” y de “campañas de lactancia materno-infantil del hospital regional”.
- las diferentes apreciaciones reconocen, de manera precisa, que el hospital regional es una institución con ciertos matices participativos.
- Se reconoce, también de modo preciso, entre las diferentes apreciaciones que el hospital regional podría convertirse en una institución más democratizada.
- En general, el colectivo de usuarias presenta poco conocimiento sobre los derechos de la comunicación en salud.
- Se enfatiza la necesidad de sumar las redes socio-digitales y formar grupos de pares con usuarias experimentados en la temática.
- No se reconoce a las usuarias como parte integral de la problemática de la participación en salud.
- En general, se distinguen varias condiciones que actúan como obstáculos en el fomento de la participación en salud.
- En general se distinguen variadas condiciones que actúan como facilitadores en el fomento de la participación en salud.
- Se reconoce la importancia de la intervención comunicacional en la problemática con intervenciones de índole comunitaria.

Los apartados teóricos enfatizan una articulación entre dos componentes: comunicación y estrategia que también emerge entre las representaciones de las usuarias en forma de sugerencias. En esta instancia, surge como una cuestión clave no soslayar las cosmovisiones de una comunidad serrana del oeste cordobés y pensar en términos comunicacionales y de nuevos modelos sanitaristas.

En este sentido, los responsables de la campaña proyectan introducir pequeños ajustes como la formación de grupos de pares y los encuentros entre aquellos usuarios que cuenten con experiencias en salud materna (saber de cuidados, de lactancia, de alimentación para el bebé, entre otros) con aquellos más noveles.

La teoría y práctica de la comunicación para el desarrollo prioriza los universos simbólicos y materiales de las destinatarias. De este modo, estos universos pueden operar como condicionamientos (obstaculizador o facilitador) en el diseño estratégico de intervención con propósitos de cambio sociocultural (Carniglia y Galimberti, 2009).

Entonces, las representaciones sociales expuestas se aproximan a las percepciones y vivencias para evidenciar obstáculos y facilitadores de la modalidad participativa. Así, el campo de la estrategia como método (Pérez, 2001) brinda una plataforma dado que se respalda en la enunciación de objetivos a largo plazo y cómo alcanzarlos.

Dentro del hospital se visibiliza como problemas estratégicos de comunicación: la falta de identificación de los rasgos de los usuarios en la campaña. Entonces, el desafío futuro es planificar propuestas sensibles a las necesidades de los individuos. De este modo, pensar en campañas públicas de comunicación es también problematizar el uso de estrategias integrales y, a la vez, que explorar y articular nuevos modos, medios y géneros de la comunicación. Todo ello con el objetivo de fomentar lineamientos institucionales democratizantes que generen prácticas y procesos estratégicos entre los usuarios.



# CAPITULO VIII

## Conclusiones y sugerencias

### Conclusiones

El objetivo general del presente TFL es caracterizar la comunicación entre los actores de una campaña local de salud materno-infantil reconociendo condiciones inhibitoras y facilitadoras de las modalidades participativas. La estrategia metodológica cualitativa predomina en esta investigación. Los datos fueron recogidos mediante entrevistas en profundidad realizadas a dos grupos de actores sociales vinculados con la emisión y la recepción de una campaña local.

En particular, la finalidad de este último apartado es exponer las conclusiones emergentes de la investigación en los capítulos anteriores y proponer sugerencias para la acción. Los principales ejes conceptuales de la revisión teórica del presente TFL son las perspectivas de la Comunicación, el Desarrollo y la Participación. Esta triada conceptual se conjuga en el ámbito sanitario que no es otro espacio que el de las contradicciones, tensiones, disputas de sentido y conflicto permanente atravesado por dimensiones económicas, políticas, sociales y culturales.

Una de las conclusiones básicas del estudio dice que los abordajes de comunicación en salud no deben soslayar que la problemática de la participación presenta aristas políticas, económicas y culturales (Capítulo I).

La posición teórica del presente TFL repiensa las cuestiones de la salud pública desde la articulación conceptual entre Desarrollo, enfoque Participativo y la Comunicación para proponer que:

Los enfoques teóricos dominantes de la comunicación determinaron las premisas epistemológicas y analíticas en el campo de la comunicación para la salud pero a la par surgen lecturas articuladas desde enfoques participativos (Ver Capítulo II).

El hospital regional de Villa Dolores actualiza las dimensiones institucionales, técnicas y operativas de la campaña de salud materno-infantil desde un modelo médico profesionalizado (Ver Capítulo III).

Los desafíos de las estrategias de comunicación sanitaria se vinculan con la riqueza y falta de articulación entre los modos, medios y géneros de la comunicación (Ver Capítulo IV).

Las representaciones sociales de las usuarias, como matrices simbólicas integrales de la acción, percepción y pensamiento de los actores, conforman una dimensión primordial para pensar la factibilidad de una campaña sanitaria local con enfoque participativo del desarrollo en la comunicación para la salud (Ver Capítulo V).

## **Las representaciones sociales sobre la participación social en salud y en la campaña de lactancia materno-infantil del grupo de trabajadores**

Como corolario de este TFL, cabe reconocer que el conocimiento de los facilitadores y obstáculos de las modalidades participativas en el hospital regional de Villa Dolores aporta significativos atributos de viabilidad y pautas de factibilidad para la campaña de salud materno-infantil.

En líneas generales, los profesionales de la medicina y de la enfermería validan el trabajo de dicha campaña. Sus representaciones sociales, emergentes en las entrevistas en profundidad, destacan, en líneas generales, que se reconocen de manera precisa las diferentes definiciones de la 'participación'. Pese a diferentes matices y contradicciones, en general las posiciones destacan apreciaciones positivas sostenidas en las ideas de "equidad", "disponibilidad", "acompañamiento", y "trabajo en equipo". Estas ideas se fundamentan, asimismo, en otros sentidos emergentes tales como la "perspectiva de salud como derecho", la "responsabilidad" compartida entre usuarios y trabajadores y la idea de "accesibilidad".

Las entrevistas también permitieron reconocer explícitamente al hospital regional como una institución participativa aunque se manifiesta la necesidad de incorporar ajustes y modificaciones al funcionamiento organizacional. Esta percepción se justifica porque la actividad comunicacional aparece supeditada a la creatividad y a voluntad individual de los trabajadores de la salud dentro de las condiciones y recursos materiales escasos de la institución.

Este lineamiento no es único en el énfasis de la necesidad de cambios en la campaña de salud. También aparecen percepciones negativas sobre el rol que desempeñan los usuarios en la problemática como así también con respecto a la responsabilidad del Estado provincial. El hospital atraviesa un significativo ajuste presupuestario por parte del Ministerio de Salud de la Provincia y esta situación evidencia el rol del gobierno en sus distintos niveles (local, provincial y nacional) frente a la problemática de la salud materno-infantil.

Además, entre los trabajadores aparecen miradas que adjudican a las usuarias la falta de voluntad participativa. Pero, también reconocen que, a veces, las trabas burocráticas obstaculizan la participación en la campaña sanitaria.

Otro hallazgo alude, en general, a un marcado reconocimiento de la necesidad de incorporar las redes socio-digitales a los modos, medios y géneros del componente comunicacional de la campaña local como un aporte que enriquecería las estrategias de comunicación sanitaria.

Según se dijo, las modalidades participativas en el hospital presentan obstáculos y facilitadores. Entre los primeros, emergen ideas asociadas a la sobrecarga de trabajo, falta de tiempo y pluriactividad. A ello se le suma una herencia institucional transferencista que limita las prácticas comunicacionales con intenciones de participación comunitaria. Además, los trabajadores de la salud manifiestan otros condicionamientos como el desfinanciamiento provincial en el ámbito sanitario, la burocracia institucional y la ausencia de espacios y momentos para coordinar y articular tareas colectivas.

Asimismo, entre los facilitadores de las modalidades participativas aparecen ideas vinculadas al trabajo en equipo, los vínculos de confianza, la afectividad entre los trabajadores y la cercanía geográfica con los usuarios. Se suman a estos rasgos la diversidad en los perfiles profesionales y las diferentes trayectorias y experiencias de participación y comunicación pública de los trabajadores.

Se reconocen también algunos núcleos problemáticos respecto de los roles de la comunicación social en el fenómeno,. Por un lado, se piensa en el aprovechamiento de las instancias interpersonales que acontecen en los consultorios y, por otro lado, se tematiza la necesidad de revisar y mejorar los procesos de comunicación y articulación entre las instancias gubernamentales municipales y provinciales para generar proyectos y programas de comunicación sanitaria situados. Además, respecto de la comunicación para la salud acuerdan en la necesidad de generar políticas públicas y una gestión con mirada a largo plazo que reconozca las demandas del colectivo de los trabajadores.

El reto es, especialmente, instalar estos temas en las agendas gubernamentales mediante el debate de los alcances y límites de la comunicación para la salud y la “opacidad” de los rasgos territoriales de la salud preventiva. Esta idea reconoce que las campañas de lactancia materno-infantil se organizan como “paquetes cerrados” sin previa consulta ni adaptación específica a los territorios.

Por ende, es primordial, por un lado, subrayar la experiencia acumulada en materia de comunicación para la salud, como así en las campañas sanitarias en particular, como insumo clave para planificarlas y potenciarlas desde los cargos directivos. Después de todo, esos trabajadores “*han estado haciendo lo que pueden*” y su experticia es útil para mejorar las campañas sanitarias en términos de contextualizarlas, situarlas y ajustarlas a las características, necesidades y demandas específicas de los territorios.

### **Las percepciones de las usuarias sobre la participación en salud y la campaña de lactancia materno-infantil**

Según se dijo, se abordó la dimensión subjetiva del problema con centralidad en los sujetos y sus significaciones focalizando en las usuarias del hospital regional de Villa Dolores (Córdoba, Argentina).

Los resultados muestran que el hospital presenta algunas acciones más favorables a la participación pero aún hay desafíos pendientes. Esta percepción se desprende de posturas que señalan que hay tensiones entre las usuarias y los trabajadores que generan incomodidad.

La evaluación de los servicios del hospital en salud materno-infantil presenta, a nivel general, posiciones que subrayan aspectos positivos, como la “utilidad”, y otras de índole más bien negativa, con términos como el de “insuficiencia”, las demoras como prácticas “rutinarias e institucionalizadas” y las actividades “fragmentadas” y “desorganizadas”.

Cabe considerar otra de las aristas del problema de la participación en la salud pública relacionada con conocer las representaciones alrededor de la problemática. El análisis de las significaciones sobre dos términos medulares para nuestro TFL, los de “campaña” y “participación”, reconoce que priman posturas positivas.

Más allá de algunas expresiones disconformes, los usuarios presentan optimismo en pensar una comunicación para la salud más participativa en un corto y mediano plazo. Para ello, sugieren visibilizar los beneficios de la salud materna, reconsiderar el respeto y la escucha en la relación trabajador/usuario y desplegar un acompañamiento personalizado en el trabajo médico-enfermero con información para la usuaria.

Como se dijo, las modalidades participativas en el hospital cuentan con facilitadores y obstáculos. Entre los primeros, emergen ideas asociadas a la atención clínica de

calidad determinada bajo el modelo médico profesionalizado, la proximidad con la institución y las relaciones entre actores sanitarios que datan de una temporalidad considerable

A su vez, como mecanismos facilitadores las usuarias reconocen trayectorias de participación en acciones comunicacionales acotadas pero que podrían fortalecerse. También señalan las redes de apoyo familiar y subrayan los saberes y experiencias habilitadas por el ejercicio de la maternidad. Además, demuestran predisposición y acuerdan en la disponibilidad y voluntad para participar en futuras actividades comunicacionales en el hospital.

Por otro lado, entre los obstáculos de las modalidades participativas aparecen ideas vinculadas a la insuficiencia de recursos (humanos, técnicos y físicos) dados el desfinanciamiento provincial y la cobertura de un extenso terreno interprovincial (Córdoba, La Rioja y San Luis). Asimismo, destacan otros inhibidores como la ausencia de planificación institucional (en general, y en el área de neonatología, en particular), la inexistencia de un espacio físico para expresar los malestares y las quejas por el servicio y el desconocimiento de los derechos en la comunicación para la salud.

Las visiones de las usuarias sobre el rol de la comunicación social acuerdan en que es imperioso fortalecer el trabajo en la disciplina. Otro hallazgo, en ese sentido, es la sugerencia de incorporar las redes socio-digitales además de asociarse con otras instituciones del territorio como las educativas, por ejemplo los colegios secundarios y primarios de la región.

De acuerdo al escenario descrito en la comunicación para la salud, se puede plantear una zona de grises (Cimadevilla 2008), entre un horizonte deseado que resulta lejano pero también con la posibilidad latente de que sucedan otros escenarios potenciales, deseados y más o menos participativos. En suma, las representaciones sociales sobre la problemática de los distintos actores locales reconocen que, con pequeños ajustes, las campañas podrían hacerse eco de los rasgos y necesidades territoriales.

Si la teoría y práctica de la comunicación para el desarrollo considera los universos simbólicos y materiales de los destinatarios en toda acción estratégica con intenciones de cambio sociocultural (Carniglia y Galimberti, 2009), cabe pensar en estos universos como condicionamientos (obstaculizadores o facilitadores) de todo diseño estratégico de intervención. Entonces, las representaciones sociales expuestas realizan una primera aproximación a las percepciones, vivencias y sentidos más significativos de los usuarios respecto de los obstáculos y facilitadores en la problemática. Así, como define el capítulo III, es el campo de la estrategia donde se despliega un escenario que, en términos comunicacionales, posibilita el encuentro de alteridades socioculturales (Massoni, 2012).

La situación visibilizada de un hospital del interior de la provincia de Córdoba posibilita pensar en la (des)identificación de los rasgos de los habitantes en las campañas sanitarias. El desafío es, entonces, planificar propuestas sensibles al interés y las necesidades de los individuos en su territorio serrano.

## **Sugerencias**

**E**l primer objetivo de esta sección es verter algunas ideas que contribuyan al avance de futuras investigaciones en la comunicación para la salud. De hecho,

este aporte es oportuno en un campo con entidad propia fortalecida pero que aún presenta una producción intelectual dispersa.

En este contexto, si bien se puede plantear que el nexo entre Comunicación y Salud es permanente, y que recorre ambos desarrollos, el cruce entre ambos es relativamente reciente y se constituye como lugar de reflexión académica formalizada en Estados Unidos y en algunos países de Europa en las décadas de 1960 y 1970 (Petracci y Waisbord, 2011). Los mismos autores consideran que Argentina presenta una diversidad de enfoques y especialistas con diferentes formaciones e intereses intelectuales que otorga una riqueza analítica.

Dentro del campo intelectual de la comunicación para la salud, es necesario complejizar el entendimiento del proceso participativo. En ese sentido, la intención del TFL fue describir las modalidades participativas en una institución pública desde categorías de las ciencias sociales. Así, cabe decir que de este trabajo se derivan acaso nuevos interrogantes investigativos para complejizar y validar<sup>19</sup> la intersección del enfoque participativo de la comunicación para el desarrollo y la comunicación para la salud:

- ¿Qué sucede en otros países de Latinoamérica con el tema de la participación en salud pública?
- ¿Qué características tienen las modalidades participativas en instituciones privadas de la provincia de Córdoba?
- ¿Se podría pensar en incorporar la participación como categoría de análisis en el marco de las políticas públicas?
- ¿Cómo hacer de la comunicación un componente estratégico en campañas y programas sanitarios con alcance local?

El segundo objetivo de esta sección tiene que ver con aportes disciplinares concretos. En este sentido, las propuestas constituyen una plataforma de ideas para elaborar nuevas líneas de acción o fortalecer las estrategias participativas existentes.

La perspectiva transversal del TFL remite a la comunicación en su dimensión procesual y contextualizada del fenómeno. De este modo, los párrafos siguientes explicitan directrices estratégicas que proponen, entre otras cuestiones, un mayor despliegue y articulación de los modos, medios y géneros del componente comunicacional de las campañas sanitarias.

El fenómeno de la participación social se presenta localmente en una institución pública de salud con atravesamientos como conflictos, intereses y lógicas de poder entre las usuarias y los trabajadores. Además, emergen otros condicionamientos como el desfinanciamiento del sector sanitario, la baja capacidad estratégica por los trabajadores para aprovechar y potenciar los saberes y experiencias de las usuarias y la falta en la ciudadanía de ámbitos estratégicos para las soluciones colectivas de los problemas de salud.

Además, no existen directrices comunicacionales generales desde la dirección del hospital ni proyectos afines que faciliten la articulación participativa entre los actores protagonistas. Es decir, aún no emerge una matriz organizacional capaz de gestionar

---

<sup>19</sup> Thomas Lindlof (en Grillo 2002) cita seis necesidades que justifican la importancia de la investigación de un problema: 1. Necesidad de enfrentar debilidades o ambigüedades en una teoría o concepto. 2. Necesidad de validar un modelo. 3. Necesidad de describir un proceso poco conocido. 4. Necesidad de documentar variaciones de un proceso o fenómeno. 5. Necesidad de definir los límites de una teoría o concepto por su puesta a prueba en casos críticos. 6. Necesidad de proveer información relativa a objetivos, estructuras, políticas o procesos societarios u organizacionales.

la información sanitaria con énfasis en la perspectiva territorial. Incluso no hay un registro institucional de evaluación ni de monitoreo de las intervenciones comunicacionales realizadas en las últimas décadas en el área de salud materno-infantil.

Así, este escenario da lugar a ciertos rasgos comunicacionales: la creación de contenidos comunicacionales con primacía de la información, la invisibilización de los rasgos de los territorios, el empleo reiterado de los componentes comunicacionales (modos, medios y géneros), la ausencia de las voces de las usuarias, la carencia de abordajes integrales superadores de campañas acotadas y la insuficiencia de las redes comunitarias con asociaciones u organizaciones no gubernamentales.

En ese sentido, el taller aparece como una instancia, entre otras posibles, de reflexión y acción oportuna para articular a los usuarios, trabajadores y directivos. En esta línea, también se sugiere conformar redes de trabajo sostenibles que favorezcan el trabajo interinstitucional.

Como se dijo, la problemática de la participación en salud pone de relieve los diferentes sentidos y prácticas de los actores sociales en torno al ejercicio de la ciudadanía. Especialmente, los principales resultados exhiben la falta de un reconocimiento de los derechos en la temática que deriva en la capacidad política debilitada. De hecho, las usuarias no se reconocen como protagonistas integrales de la problemática.

Entre las condiciones materiales de la salud, es significativo el ajuste en el presupuesto de la salud provincial que evidencia los marcados rasgos de segmentación, fragmentación y descentralización del sistema sanitario cordobés.

Por otro lado, en la dimensión relacional de la problemática se identifican indicios del deterioro del vínculo entre el trabajador de la salud y la usuaria del servicio en un modelo médico profesionalizado. En ese contexto, la *planificación participativa* (Poggiese, 2011) es una posibilidad de desplegar procesos de toma de decisiones con carácter grupal y participativo.

El componente comunicacional de la campaña sanitaria comprende los modos, medios y géneros de las estrategias utilizadas. Esta dimensión es fundamental para la construcción de escenarios y modalidades más inclusivos, por ende, allí es fundamental remover los obstáculos y potenciar los facilitadores. En este sentido, tres núcleos problemáticos son claves:

- Un desfinanciamiento de la salud pública en la esfera provincial que condiciona las prácticas de los actores y provoca ajustes en los recursos físicos, humanos y técnicos.
- La baja capacidad del hospital regional en generar estrategias de participación con procesos de debate activo y construcción de ciudadanía.
- La falta de espacios y momentos institucionales para incorporar la perspectiva comunicacional con sentido comunitario a la producción de contenidos así como integrar una visión sanitaria con impronta territorial.

En relación con los ejes mencionados, se sugiere trabajar propositivamente desde la comunicación para el desarrollo con al menos cinco puntos centrales:

- Conformación de equipos sanitarios interdisciplinarios dado que el fenómeno de la Salud se presenta con aristas complejas e involucra un vasto pluralismo conceptual y temático que requiere ser abordado por equipos de profesionales de la Comunicación, de la Salud y de otras disciplinas de las ciencias sociales.

- Incorporación de la perspectiva comunicacional para diversificar los modos, medios y géneros de las campañas construyendo una visión de la salud participativa que reconozca los saberes, sentidos y prácticas propios de todos los actores implicados.
- Elaboración de un registro institucional de las acciones de información y prevención para generar una memoria comunicacional en el hospital regional.
- Reflexión sobre las posibilidades concretas de generar procesos de planificación participativos, viables y sostenibles junto con actores claves tales como organizaciones no gubernamentales, asociaciones locales, instituciones educativas, laboratorios y dispensarios municipales.
- Generación de instancias de articulación para sensibilizar y motivar sobre el valor del esfuerzo colectivo en pro de democratización del ámbito sanitario.

En síntesis, más allá de la existencia de un Estado presente y fortificado como el actual, emergen voces dispersas bajo la consigna de que *“hay que hacerse cargo”* (Cimadevilla, 2005). En efecto, algunos actores comienzan a pronunciar demandas desde sus claves identitarias. Se visibilizan entre los principales desafíos el de articular redes y grupos de trabajo que promulguen y efectivicen la salud como derecho en un sistema multisectorial que la asume como mercancía.

Finalmente, corresponde al rol profesional del Comunicador social en la salud pública, la construcción del sentido del desarrollo social desde experiencias particulares con actores y agendas específicas. Visto de esta forma, la realización de este TFL significó no solamente un desafío científico sino también un reto político y poético.

## BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN

- ABRIC, J.C. (2001). Prácticas sociales y representaciones. México: Coyoacán.
- AIRTHIHENBUWA.C Y DUTTA.M.J (2012). Afirmando espacios para los derechos, la equidad y las voces. En Obregón, M y Waisbord, S. (Coord.). "Manual de comunicación sanitaria mundial". Reino Unido, Oxford: Wiley-Blackwell
- ALBO, X. (2004). Salud e interculturalidad en América Latina. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=559818>
- ALFARO, R. (1993). Una comunicación para otro desarrollo. Perú, Lima: Calandria.
- ALFARO, R. (1995). Descifrando paradojas ciudadanas: Una mirada cultural a la política. pp. 109- 131. En: "Los medios, nuevas plazas para la Democracia". Perú, Lima: Calandria. Asociación de Comunicadores Sociales.
- ALLENDE, G; BOLIBÓ, M; CALDERÓN, T; y DEL BUONO, S. (2006). Mi historia y mis recuerdos. Libro sobre la historia del Hospital Regional de Villa Dolores.
- ANUNZIATA, V. L. Y GODIO, C. F. (2008). Ampliación de la campaña de prevención del embarazo juvenil no deseado: una propuesta de intervención comunicacional en el ámbito de la salud universitaria. Trabajo Final de Licenciatura en el Departamento de Ciencias de la Comunicación. Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto
- APREA, G. Y CABELLO, R. (2004). Los procesos comunicativos en los proyectos de desarrollo humano. Un enfoque teórico-metodológico en APREA, G. (compilador.) Problemas de comunicación y desarrollo". Argentina, Buenos Aires: UNGS-Prometeo
- AROCENA (1995). El desarrollo local: un desafío contemporáneo. Venezuela, Caracas: Nueva Sociedad.
- BANCHS, M.A. (1990). Las representaciones sociales: sugerencias sobre una alternativa teórica y un rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica. En B. Jiménez (Ed), Aportes críticos a la psicología en Latinoamérica. México. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- BARBEITO, A. (2021). Pensando la participación en la extensión. Una aproximación desde el Programa ProHuerta AER-INTA Río Cuarto. Trabajo Final de Licenciatura presentada en el Departamento de Ciencias de la Comunicación. Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto.
- BRUNO, D. P. (2011). La problematización del espacio público en la comunicación para el desarrollo en BLEM, B. (compiladora) Comunicación y Espacio Público, 1a ed. Buenos Aires: Imago Mundi.
- BRUYNN, S. (1972). La perspectiva humana en sociología. Pp. 207-226. Argentina, Bs. As.: Amorrortu.



ARAGUES, A, BRUNO, D. P, JAIT, A. SANDOMIRSKY, M. TUFRO, L. ZAPESOCHNY, V. (2013). El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud. Revista de Comunicación y Salud. Vol3, n°1, pp.51-66. Recuperado en <https://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/116/65>

BARBERO, J. M. (1999). Las transformaciones del mapa cultural: una visión desde América Latina. Recuperado en <https://idus.us.es/handle/11441/67269>

BORDENAVE, J. (1992). La campaña como intervención social. Págs. 66-69. Revista Chasqui. N° 41. Ecuador: Quito.

BRUNO, D. Y GUERRINI, L. (2014). Cultura y Posdesarrollo. Perspectivas, itinerarios y desafíos de la comunicación para el cambio social. Buenos Aires: UNLP-Ediciones de Periodismo y Comunicación.

CALDERÓN, F. (2011). Las nuevas condiciones sociológicas del Desarrollo Humano. HUMANUM. Revista Latinoamericana de Desarrollo Humano. Edición Especial, /1011.

CAMPOS NAVARRO, R. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. Págs. 129-148. En Fernández Juárez (Coord.). Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Ecuador. Quito.

CARLOSENA, M. A.; KENBEL, C. Y YAÑÉZ.P. (2018). Acciones comunicacionales con voluntad de incidencia pública (ACVIP); fundamentos y avances metodológicos. En 20° Congreso REDCOM. Primer congreso latinoamericano de comunicación de la UNVM. Comunicaciones, poderes y tecnologías globales. Villa María: Universidad Nacional de Villa María.

CARNIGLIA, E. (2010). De labradores y campos de papel. Recepción de prensa agraria por agricultores familiares. (Tesis doctoral) Mendoza, UNCuyo-FCPyS.

CARNIGLIA, E. (2013). ¿La participación en desuso? Los límites de la intervención para el desarrollo. Recuperado en: [https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/UNLPP\\_8c7052b33c4072c4cc24c5e8a251d529](https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/UNLPP_8c7052b33c4072c4cc24c5e8a251d529).

CARNIGLIA, E. (2019). La mediatización de una agrociudad latinoamericana. Consumos de televisión dentro y fuera del hogar. En Contratexto. N°31, junio. págs. 135-158.

CARNIGLIA, E. y S. GALIMBERTI (2009). Carros, arneses y caballos desplegados. La sistematización de objetos del actor rurbano en CIMADEVILLA, G. y E. CARNIGLIA (Coord.); Relatos sobre la rurbanidad, Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto.

CENDALI, F.; POZO, L. (2008). Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos. En: V Jornadas de Sociología de la UNLP, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Recuperado en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.5943/ev.5943.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5943/ev.5943.pdf)

CERIANI, V. (2015): La relevancia del dialogo intercultural en la accesibilidad al sistema de salud en pueblos originarios de Formosa. Apunte de la autora S/D.

CIMADEVILLA, G. (2005). Tocarle la cola al león. Una lectura del desarrollo a través de sus condiciones de intervención. En APREA, G (2005) "Problemas de comunicación y desarrollo". Págs. 99-140. Prometeo-UNGS. Buenos Aires. Argentina.

DEMONTE, F. (2014). Salud, comunicación y desarrollo: apuntes para discutir el sentido de las políticas y programas de comunicación para la salud en sociedades actuales. En Bruno, D. y Guerrini, L. (Coord.); Cultura y Posdesarrollo: perspectivas, itinerarios y desafíos de la comunicación para el cambio social.

DIAZ, H. y URANGA, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Revista de Comunicación y Salud. Vol.Nº1, pp.113-124. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3648922>

FARR, R. (1984). Las representaciones sociales. En Moscovici, S. Psicología social. Vol. II. Argentina. Buenos Aires: Paidós.

FUENTES NAVARRO, R. (1992) Un campo cargado de futuro. El estudio de la comunicación en América Latina. CONEICC, México.

GALIMBERTI, S. (2007). Más que carros y caballos. Ruurbanidad, objetos y significados. Trabajo Final de Licenciatura presentado en Departamento de Ciencias de la Comunicación. Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto.

GARTLAND, G. (2019). Comunicación en salud: conceptos y herramientas. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

HALL, S (1982) El redescubrimiento de la ideología: El retorno de lo reprimido en los estudios de medios en M. Gurevitch, T. Bennett, J. Curran y S. Woollacott (eds.). Culture, Society and the Media, páginas 56-90 Londres. Traducción: Silvina Berti. Depto. de Ciencias de la Comunicación. Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto.

IBÁÑEZ, T. (1988). Representaciones sociales. Teoría y método. Capítulo IV en Ideologías de la vida cotidiana. España, Barcelona: Sendai.

JODELET, D. (1979). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Capítulo 13 en Moscovici, S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Colección Temas Básicos. Argentina, Buenos Aires: Huemul.

JARAMILLO (2012). Propuesta general de comunicación pública. SMBR: VOL.3 (2), pp. 1-17

JELIN, E., LLOVET, J. Y S. RAMOS (1986). Un estilo de trabajo: la investigación microsocia. En Corona Rodolfo y otros (ed.) Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica. Colegio de México. México. Pp. 109-126.

KENBEL, C. (2006). A mitad de camino entre lo urbano y lo rural. Actores y actividades de rebusque. Trabajo Final de Licenciatura presentado en el Departamento de Ciencias de la Comunicación. Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto.

MADOERY, O. (2001). El valor de la política de desarrollo local. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3432516>

MASSONI, S. (2007): Estrategias. Los desafíos de la comunicación en un mundo fluido. Argentina, Rosario: Homo Sapiens Ediciones.

MONTOYA Y WILLINGTON (1999). El financiamiento de los hospitales públicos: un análisis para la Argentina. Recuperado en <https://www.rae-ear.org/index.php/rae/article/view/160/285>

MOSCOVICI, S (1979) El psicoanálisis, su imagen y su público. Colección Temas Básicos. Argentina, Buenos Aires: Huemul.  
(1986). Psicología Social II. España. Barcelona: Paidós.

OBREGÓN, M. Y WAISBORD, S. (2012): “El manual de comunicación sanitaria mundial”.

PÉREZ, R.A. (2001). Estrategias de Comunicación. España, Barcelona: Ariel

PÉREZ RUBIO, A. y SAAVEDRA, A.G. (2001). De los discursos y las prácticas. Un ejemplo de la aplicación del modelo de las representaciones sociales en Comunicación y Sociedad. N°39. Depto. de Estudios de la Comunicación Social. Universidad de Guadalajara. México.

PETRACCI, M. Y WAISBORD, W. (2011). Comunicación y salud en la Argentina. Argentina, Buenos Aires: La Crujía.

SERVAES, J. Y MALIKHAO, P. (2012). Comunicación participativa: ¿El nuevo paradigma? en Revista de estudios para el desarrollo social de la comunicación, 1 (4), Recuperado en: <https://docplayer.es/69551231-Comunicacion-participativa-el-nuevo-paradigma.html>

RICE, R. Y ATKIN, C. (1996). Principios de las campañas de comunicación pública de éxito. En J. Bryant y D. Zillmann (coord.), Los efectos de los medios de comunicación, investigaciones y teorías (pp. 487-515). España, Barcelona: Paidós.

SERRANO BLASCO, J. (1995). El estudio de casos. Pp. 203-208. En Aguirre Baztán, A (ed.) Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Marcombo. Barcelona.

SIERRA, F. (1998) “Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social”. En Galindo Cáceres, J. (coord.) Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. Addison Wesley Logman. México.

STOLKINER, A. (2006). Neoliberalismo y servicios de salud en Argentina. Estudio de caso. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5639712>

SUÁREZ, B. (2017). Estudio de Campañas de lactancia materno-infantil. Trabajo práctico final para las asignaturas de “Introducción al planeamiento” (6125) y “Planeamiento de la comunicación” (6152) en la carrera de Comunicación Social. Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto.

SUÁREZ, B (2019). Aproximaciones comunicacionales a las Campañas de Salud en el Hospital Regional de Villa Dolores. Trabajo Final correspondiente a la asignatura Práctica profesional en instituciones (6154) en la carrera de Comunicación Social. Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto.

TAYLOR, S. Y R. BODGAN (1986). El trabajo con los datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa. Pp. 152-176. En Introducción a los Métodos cualitativos de investigación. Argentina, Buenos Aires: Paidós.

THORTON, R., & CIMADEVILLA, G. (eds.), (2008). Grises de la extensión, la comunicación y el desarrollo. Argentina, Buenos Aires: INTA.

VALLES, M. (1999). Técnicas de conversación, narración (I): Las entrevistas en profundidad. En Técnicas cualitativas de investigación social. Pp. 177-232. España, Madrid: Síntesis.

VIGNOLO, J. (2011). Niveles de Atención, de prevención y atención primaria de la salud. Recuperado en <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

URANGA, W. (2008). Prospectiva estratégica de la comunicación. Apunte del autor. S.D.

URANGA, W. (2012). Estrategias de Comunicación. Argentina, Buenos Aires: Mimeo.

WAISBORD, S. (2001). Árbol genealógico de teorías, metodologías y estrategias en la comunicación para el desarrollo. Preparado para la Fundación Rockefeller, Recuperado en: <https://tallerdeprocesoscat2.files.wordpress.com/2016/03/waisbord.pdf>

# ANEXOS

## Guía para entrevistas: TRABAJADORES (MÉDICOS-ENFERMEROS-ADMINISTRATIVOS) DE SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA

### Presentación

Estimada/o:

Esta entrevista integra un estudio sobre la participación en la comunicación de la campaña de salud materno-infantil del hospital local. Usted ha sido seleccionada/o para la participación voluntaria en la entrevista por su condición de trabajador de dicho hospital. La información recogida en este diálogo se utilizará sin mencionar su nombre. Puede extenderse en sus respuestas tanto como considere necesario o abandonar la entrevista cuando considere oportuno. Ponemos a su disposición la base de datos, los informes y otros materiales de la investigación que utilicen la información por Usted proporcionada. Este estudio no supone riesgo alguno para su persona y sus resultados pueden contribuir a mejorar las actividades de dicha campaña. Agradecemos sus aportes de información y el consentimiento informado para responder a nuestra entrevista.

Entrevista N°:                      Entrevistador:

Fecha:                                  Lugar:

Nombres:

Profesión:

Edad:

Sexo o género:

Estado civil:

Lugar de residencia:

Años de trabajo en la profesión:

Años de trabajo en el hospital:

Años de trabajo en el área de neonatología:

Actividades en la campaña de salud materno-infantil:

1. ¿Qué palabras, ideas o pensamientos relaciona con la campaña en salud materno-infantil?
2. ¿Qué palabras, ideas o pensamientos asocia a “participación”?
3. ¿Qué palabras, ideas o pensamientos asocia a “participación” en los servicios de salud?
4. ¿Cree que el Hospital regional de Villa Dolores es una institución participativa?  
¿Por qué?
5. ¿Qué piensa de las variadas acciones de comunicación que produce el hospital?
6. ¿Considera que el hospital puede aumentar la participación de los trabajadores en las distintas actividades para la salud materno-infantil?
7. ¿Usted cree que el hospital puede aumentar la participación de los usuarios de los servicios?
8. ¿Cuáles son las principales actividades de la campaña de salud materno-infantil?
9. ¿Puede describir las etapas de la campaña de comunicación para la salud materno- infantil? ¿Cuáles son?
10. ¿Podría enumerar las acciones comunicacionales en las que participó Usted en el área de neonatología?

11. ¿Reconoce aspectos positivos en la comunicación para la salud que lleva adelante el área de neonatología?, ¿Cuáles?
12. ¿Reconoce aspectos negativos en la comunicación para la salud que lleva adelante el área de neonatología?, ¿Cuáles?
13. ¿Reconoce aspectos o condiciones que facilitan la comunicación para la salud del área de neonatología?, ¿Cuáles?
14. ¿Reconoce aspectos o condiciones que limitan la comunicación para la salud del área de neonatología?, ¿Cuáles?
15. ¿Podría ser más participativa la comunicación para la salud del área de neonatología?, ¿Cómo?
16. ¿Conoce otros modos de realizar campañas de salud diferentes a los del hospital regional de Villa Dolores? ¿Cuáles son? ¿Cómo son?
17. ¿Son más participativos dichos modos?
18. ¿Conoce otros modos de trabajar la comunicación en las campañas de salud diferentes a los del hospital regional de Villa Dolores? ¿Cuáles son? ¿Cómo son?
19. ¿Son más participativos dichos modos?
20. ¿Piensa que podría ser más participativa la comunicación en la campaña de salud materno-infantil? ¿Cómo?
21. ¿Cómo percibe las acciones de los usuarios en relación a la salud materno-infantil?
22. ¿Cómo percibe las acciones de los usuarios en relación a la comunicación para la salud materno-infantil?
23. ¿Cómo percibe el rol del gobierno, en sus distintos niveles (local, provincial y nacional), frente a la problemática de la salud materno-infantil?
24. ¿Cómo percibe el rol del gobierno, en sus distintos niveles, en la comunicación de la salud materno-infantil?
25. ¿Es necesario trabajar desde la comunicación social para las campañas de lactancia materno-infantil? ¿Cómo?
26. ¿Qué otras ideas puede aportar sobre la participación en la comunicación de las campañas de salud materno-infantil del hospital local?

## **GUÍA PARA ENTREVISTAS: USUARIAS/OS DE SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA (MADRES Y EMBARAZADAS)**

### **Presentación:**

Estimada/o:

Esta entrevista integra un estudio sobre la participación en la comunicación de la campaña de salud materno-infantil del hospital local. Usted ha sido seleccionada/o para la participación voluntaria en la entrevista por su condición de usuaria/o del servicio de neonatología. La información recogida en este diálogo se utilizará sin mencionar su nombre. Puede extenderse en sus respuestas tanto como considere necesario o abandonar la entrevista cuando considere oportuno. Ponemos a su disposición la base de datos, los informes y otros materiales de la investigación que utilicen la información por Usted proporcionada. Este estudio no supone riesgo alguno para su persona y sus resultados pueden contribuir a mejorar las actividades de dicha campaña. Agradecemos sus aportes de información y el consentimiento informado para responder a nuestra entrevista.

Entrevista N°:

Entrevistador:

Fecha:

Lugar:

Nombres:

Trabaja fuera del hogar:

Edad:

Sexo o género:

Estado civil:

Cantidad de hijos:

Lugar de residencia:

Años de trabajo en la profesión:

Años de atención en el área de neonatología del hospital:

Utilización servicios privados de neonatología:

1. Según su experiencia, ¿qué palabras, ideas o pensamientos asocian con las campañas de lactancia materno-infantil del hospital regional?
2. ¿Qué palabras, ideas o pensamientos relacionan con "participación"?
3. ¿Cree que el hospital regional de Villa Dolores es una institución participativa?  
¿Por qué?
4. Como "usuario" ¿se considera parte de la problemática de a la participación en la salud? ¿En qué sentido?
5. ¿Podría describir los aspectos que recuerda de los servicios de salud materno-infantil del hospital?
6. ¿Podrían ser más participativas estas actividades de salud materno-infantil?  
¿Cómo?
7. ¿Qué piensa de las actividades del hospital en salud materno-infantil? ¿Le resultan útiles? ¿Por qué?
8. ¿Qué recursos (conocimientos, voluntad o deseo, materiales) dispone para atender la salud materno-infantil de su/s hijo/s?
9. Como usuaria, ¿cuáles son sus derechos a la comunicación para la salud?
10. ¿Participa o participó en alguna actividad de comunicación para la salud materno-infantil del hospital? ¿Cuáles?
11. Como usuario ¿considera que estas actividades presentan un mensaje útil para Usted? ¿Por qué?
12. ¿Podrían ser más participativas estas actividades de comunicación? ¿Cómo?
13. ¿Le parece pertinente que le consulten sobre las actividades de comunicación para la salud materno-infantil? ¿De qué manera?
14. ¿Reconoce aspectos positivos en la comunicación para la salud que lleva adelante el área de neonatología?, ¿Cuáles?
15. ¿Reconoce aspectos negativos en la comunicación para la salud que lleva adelante el área de neonatología?, ¿Cuáles?
16. ¿Reconoce aspectos o condiciones que facilitan la comunicación para la salud del área de neonatología?, ¿Cuáles?
17. ¿Reconoce aspectos o condiciones que limitan la comunicación para la salud del área de neonatología?, ¿Cuáles?
18. ¿Podría ser más participativa la comunicación para la salud del área de neonatología?, ¿Cómo?
19. ¿Conoce otros modos de trabajar la comunicación para la salud materno-infantil diferentes a los del hospital regional de Villa Dolores? ¿Cuáles? ¿Cómo son?
20. Si compara los distintos modos de la comunicación para la salud que conoce, ¿cuáles serían mejores? ¿Por qué?
21. ¿Es necesario trabajar desde la comunicación social para las campañas de lactancia materno-infantil? ¿Cómo?

22. ¿Qué otras ideas puede aportar sobre la participación en la comunicación de las actividades de salud materno-infantil del hospital local?

## MATERIAL DE CAMPAÑA





